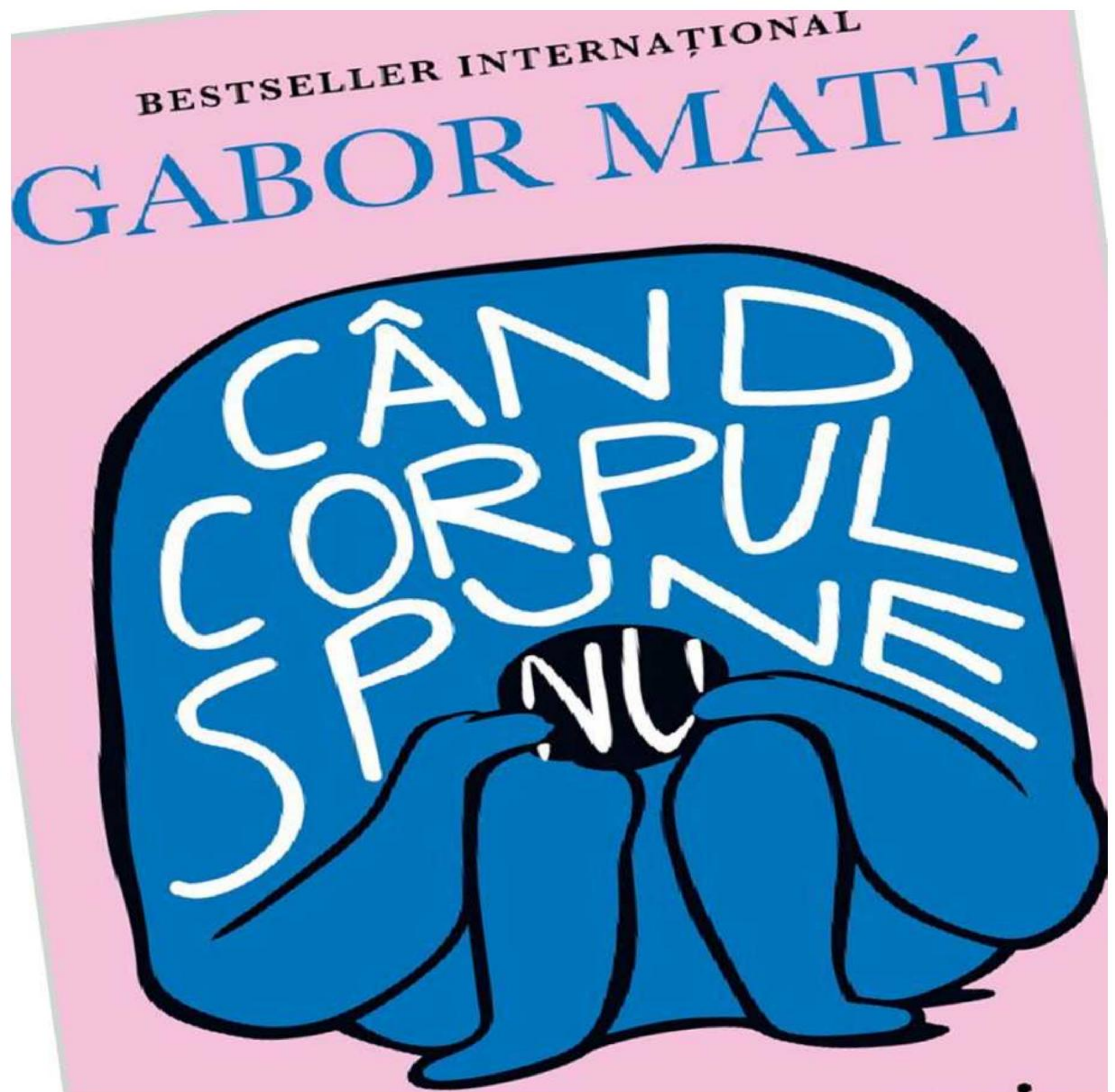


CÂND CORPUL SPUNE NU

GABOR MATE

GABOR MATE (n. 1944) este un cunoscut medic canadian de origine maghiară, specialist în domeniul îngrijirii paliative. Cercetările sale vizează în special traumele din copilărie, dependența de alcool sau droguri și stresul. Printre cele mai cunoscute proiecte ale sale se numără rubrica de la *The Globe and the Mail,* colaborarea cu câteva clinici pentru recuperarea pacienților dependenți de droguri din Downtown Eastside, Vancouver, și, mai recent, aparițiile publice în calitate de speaker motivațional și autor.

Pentru activitatea sa de excepție din domeniul medical și pentru cărțile scrise, Gabor Mate a primit Premiul Hubert Evans pentru nonficțiune și i s-au acordat Ordinul Canadei și Civic Merit Award din partea orașului Vancouver, unde



CÂND CORPUL SPUNE NU

GABOR MATE

GABOR MATE (n. 1944) este un cunoscut medic canadian de origine maghiară, specialist în domeniul îngrijirii paliative. Cercetările sale vizează în special traumele din copilărie, dependența de alcool sau droguri și stresul. Printre cele mai cunoscute proiecte ale sale se numără rubrica de la *The Globe and the Mail,* colaborarea cu câteva clinici pentru recuperarea pacienților dependenți de droguri din Downtown Eastside, Vancouver, și, mai recent, aparițiile publice în calitate de speaker motivațional și autor.

Pentru activitatea sa de excepție din domeniul medical și pentru cărțile scrise, Gabor Mate a primit Premiul Hubert Evans pentru nonficțiune și i s-au acordat Ordinul Canadei și Civic Merit Award din partea orașului Vancouver, unde locuiește.

Costul stresului ascuns

NOTĂ CĂTRE CITITOR

Oamenii au înțeles dintotdeauna, intuitiv, că mintea și corpul nu pot fi separate. Modernitatea a adus cu sine o disociere nefericită, o ruptură între ceea ce credem cu toată ființa și ceea ce mintea noastră acceptă ca adevăr. Dintre aceste două tipuri de cunoaștere, cel de-al doilea, mai restrâns, câștigă adesea, în defavoarea noastră. Așadar, este o plăcere și un privilegiu să aduc în fața cititorului concluziile științei moderne care reafirmă intuițiile înțelepciunii seculare. Acesta a fost obiectivul principal când am scris cartea. Celălalt a fost să înfățișez ca într-o oglindă societatea dominată de stres în care trăim, astfel încât să putem înțelege cum contribuim inconștient, în nenumărate moduri, la generarea bolilor care ne afectează.

Aceasta nu este o carte de rețete, însă sper că le va servi cititorilor drept catalizator pentru transformarea personală. Rețetele vin din exterior, transformarea are loc în interior. Există multe cărți cu rețete simple de tot felul - fizice, emoționale, spirituale -, care apar în fiecare an. Nu am avut intenția să mai scriu încă una. Rețetele presupun că trebuie reparat ceva; transformarea aduce vindecarea - apropierea de integritate, de plenitudine - a ceva ce există deja. Chiar dacă sfaturile și rețetele sunt utile, și mai valoroase pentru noi sunt cunoașterea interioară și funcționarea minții și a corpului. Introspecția, atunci când este inspirată de căutarea adevărului, încurajează transformarea. Pentru cei care caută aici un mesaj de vindecare, acel mesaj începe de la prima pagină, cu primul studiu de caz. După cum a sugerat marele fiziolog Walter Cannon, în corpurile noastre există înțelepciune. *Când corpul spune nu* va ajuta oamenii, sper eu, să fie în acord cu înțelepciunea interioară pe care o avem cu toții.

Unele dintre studiile de caz din această carte provin din biografiile sau autobiografiile publicate ale unor persoane renumite. Majoritatea sunt luate din experiența mea clinică sau din discuțiile înregistrate cu oamenii care au fost de acord să fie intervievați și citați cu privire la istoricul lor medical și personal. Din motive de confidențialitate, numele (și, în unele cazuri, alte circumstanțe) au fost modificate.

Pentru a evita ca această lucrare să fie mult prea încărcată de termeni academici pentru cititorul obișnuit, notele au fost folosite cu moderație. La sfârșitul cărții există o listă cu trimiteri pentru fiecare capitol. Literele cursive, cu excepția cazului în care se specifică altfel, îmi aparțin. Aștept comentariile la adresa mea de e-mail: gmate@telus.net.

CAPITOLUL 1

Triunghiul Bermudelor

Mary era o indigenă de patruzeci și ceva de ani, mică de statură, blândă și respectuoasă. Mi-a fost pacientă opt ani, împreună cu soțul și cei trei copii. Zâmbetul ei ascundea o urmă de timiditate, poate lipsa încrederii în sine. Râdea cu ușurință. Când chipul ei tineresc se lumina, era imposibil să nu îi răspunzi în același mod. Inima mea încă se mai înduioșează - și se strânge cu tristețe - când mă gândesc la Mary.

Eu și Mary nu vorbiserăm prea mult până când boala care urma să îi curme viața i-a dat primele semne. începutul părea destul de inofensiv: o rană prin înțepare cu acul de cusut în vârful unui deget nu se mai vindeca de câteva luni. Problema identificată era sindromul Raynaud - atunci când arterele mici care alimentează degetele sunt îngustate, privând țesuturile de oxigen. Apare cangrena și, din păcate, așa a fost și în cazul lui Mary. în ciuda mai multor internări și proceduri chirurgicale care au durat un an, ea a cerut amputarea ca să scape de durerea zvâcnitoare din deget. Până să i se îndeplinească dorința, boala a avansat rapid, iar narcoticele puternice s-au dovedit insuficiente în fața durerii constante.

Sindromul Raynaud poate apărea independent sau ca urmare a altor dereglări. Fumătorii sunt mai expuși riscului, iar Mary fusese o fumătoare înrăită încă din adolescență. Am sperat că, lăsându-se, urma să îi revină fluxul sangvin normal la nivelul degetelor. A reușit în cele din urmă, după multe recidive. Din păcate, boala Raynaud s-a dovedit indiciul unui lucru mult mai rău: Mary a fost diagnosticată cu sclerodermie, una dintre bolile autoimune printre care se numără și artrita reumatoidă, colita ulcerativă, lupus eritematos sistemic (LES) și multe alte afecțiuni care nu sunt întotdeauna recunoscute ca autoimune la origine, cum ar fi diabetul, scleroza multiplă și poate chiar boala Alzheimer. Elementul comun al acestor boli este atacul propriului sistem imunitar împotriva corpului, care provoacă leziuni la nivelul articulațiilor, țesutului conjunctiv sau aproape oricărui organ, fie că e vorba despre ochi, nervi, piele, ficat sau creier. La

sclerodermie (care are la bază un cuvânt grecesc, „piele întărită"), tentativa sinucigașă a sistemului imunitar are drept rezultat o întărire a pielii, esofagului, inimii și țesuturilor din plămâni și din alte părți ale corpului.

Care este cauza acestui război civil în interiorul corpului? Manualele medicale au o explicație exclusiv biologică. In câteva cazuri izolate, toxinele sunt menționate ca factori cauzatori, dar pentru cele mai multe, o predispoziție genetică este considerată, în mare parte, responsabilă. Practica medicală reflectă acest mod de gândire limitat. Nici specialiștii, nici eu, medicul ei de familie, nu ne gândiserăm vreodată să examinăm ce anume din experiențele individuale ar fi putut contribui la boala ei. Niciunul dintre noi nu și-a exprimat curiozitatea cu privire la starea ei psihică înainte de apariția bolii sau la modul în care aceasta i-a influențat cursul și finalitatea. Pur și simplu am tratat fiecare dintre simptomele fizice așa cum s-au prezentat: medicamente pentru inflamație și durere, operații de eliminare a țesutului cangrenat și de îmbunătățire a circulației sângelui, fizioterapie pentru restabilirea mobilității.

Intr-o zi, mai mult dintr-o toană, ca răspuns la îndemnul intuiției cum că ea avea nevoie să fie ascultată, am invitat-o pe Mary la o consultație de o oră, ca să aibă ocazia să îmi spună câte ceva despre viața ei. Când a început să vorbească, am avut o revelație. Sub atitudinea ei blândă și timidă avea un mare depozit de sentimente reprimate. Mary fusese maltratată în copilărie, abandonată și transferată de la un centru de plasament la altul. Și-a amintit cum se ghemuia în pod la vârsta de șapte ani, strângându-și în brațe surorile mai mici, în timp ce tutorii lor se băteau și țipau dedesubt. „Eram atât de speriată tot timpul, dar, având șapte ani, trebuia să îmi protejez surorile. Pe mine nu mă proteja nimeni." Nu dezvăluise niciodată aceste traume, nici măcar soțului ei, în 20 de ani de căsnicie. învățase să nu își exprime sentimentele despre nimic, față de nimeni, nici măcar față de ea însăși. Să fie expresivă, vulnerabilă și să își pună întrebări în copilărie ar fi pus-o în pericol. Siguranța însemna să țină cont de sentimentele altor oameni, niciodată de ale sale. Rămăsese prinsă în rolul care i se impusese de copil, fără să își dea seama că ea însăși avea dreptul să fie îngrijită, ascultată și că era demnă de atenție.

Mary credea că nu este capabilă să spună nu, asumându-și obsesiv responsabilitatea pentru nevoile altora. Chiar dacă boala se agravase, soțul și copiii aproape adulți continuau să fie principala sa preocupare. Era sclerodermia modul în care organismul ei respingea în cele din urmă această conștiință a datoriei atotcuprinzătoare? Poate că organismul lua locul minții -abandonând așteptările neobosite care îi fuseseră impuse copilului și acum erau autoimpuse de adult -, care alegea să plaseze nevoile altora în fața alor ei. Am sugerat asta și când am scris despre Mary în 1993 în primul meu articol în calitate de redactor medical pentru *The Globe and MaiL* „Când suntem împiedicați să învățăm cum să spunem nu, corpurile noastre ajung să spună acest lucru singure. " Tot atunci am citat câte ceva din literatura medicală care pune problema efectelor negative ale stresului asupra sistemului imunitar.

Ideea că mecanismele de adaptare la emoții ale oamenilor pot fi un factor declanșator al sclerodermiei sau al altor boli cronice este o pacoste pentru unii medici. Un specialist în boli reumatice de la un important spital canadian i-a trimis o scrisoare usturătoare redactorului-șef, denunțând atât articolul meu, cât și ziarul pentru că îl tipărise. Nu aveam experiență, mă acuza ea, și nu cercetasem.

Faptul că un specialist respingea legătura dintre corp și minte nu era ieșit din comun. Dualismul - despicarea în două a ceea ce este unul - influențează toate convingerile noastre cu privire la sănătate și boală. încercăm să înțelegem corpul izolat de minte. Dorim să descriem ființele umane - sănătoase sau nu -ca și cum ar exista izolat de mediul în care se dezvoltă, trăiesc, muncesc, se joacă, iubesc și mor. Acestea sunt prejudecăți integrate și ascunse ale deontologiei medicale, pe care majoritatea medicilor le absorb în timpul formării și le pun în practică.

Spre deosebire de multe alte discipline, medicina nu a asimilat încă o lecție importantă a teoriei relativității - poziția unui observator va influența fenomenul observat și va afecta rezultatele observației. Ipotezele neexaminate ale omului de știință determină și limitează ceea ce va descoperi, după cum a subliniat cercetătorul și deschizătorul de drumuri în privința stresului, ceho-canadianul Hans Selye: „Majoritatea oamenilor nu își dau seama în ce măsură spiritul cercetării științifice și lecțiile învățate

din ea depind de opiniile cercetătorilor", scria el în *The Stress of Life.* „Intr-o epocă dependentă de știință și de oamenii de știință, acest punct fundamental merită o atenție deosebită".-In acea evaluare onestă și revelatoare pentru sine, Selye, el însuși medic, a exprimat un adevăr pe care și acum, un sfert de secol mai târziu, puțini oameni îl înțeleg.

Cu cât medicii se specializează mai repede, cu atât cunosc mai mult o parte a corpului și cu atât mai puțin înțeleg ființa umană în care își are locul acel organ. Cei pe care i-am intervievat au relatat aproape în unanimitate că nici specialiștii lor, nici medicii de familie nu i-au încurajat vreodată să analizeze conținutul personal și subiectiv al vieților lor. La drept vorbind, au simțit chiar că un astfel de dialog a fost descurajat de majoritatea contactelor cu medicii întâlniți. Din discuțiile purtate cu alți colegi de specialitate despre pacienți, am descoperit că, și după mulți ani de consultații cu aceleași persoane, doctorii nu aveau nici cea mai vagă idee despre viața și experiențele pacientului în afara limitelor înguste ale bolii.

In acest volum mi-am propus să scriu despre efectele stresului asupra sănătății, în special despre stresul ascuns pe care îl resimțim cu toții încă de la început, când suntem *programați* astfel - o formă atât de profundă și de subtilă de stres, încât o simțim parte din noi înșine. Deși am prezentat cât mai multe dintre dovezile științifice disponibile într-o lucrare potrivită pentru publicul larg, esența cărții - pentru mine, cel puțin - este dată de poveștile individuale pe care am putut să le împărtășesc cu cititorii. Se întâmplă ca acele povești să fie considerate mai puțin convingătoare pentru cei care le văd ca pe niște simple anecdote.

Doar un intelectual retrograd ar nega beneficiile enorme care s-au acumulat pentru omenire din aplicarea atentă a metodelor științifice. Dar nu toate informațiile esențiale pot fi confirmate în laborator sau prin analiză statistică. Nu toate aspectele bolii pot fi reduse la fapte verificate prin studii dublu-orb și prin cele mai stricte tehnici științifice. „Medicina ne spune la fel de multe despre performanțele semnificative ale vindecării, suferinței și morții precum analiza chimică ne spune despre valoarea estetică a ceramicii", a scris Ivan Illich în *Limits to Medicine.* Dacă excludem contribuțiile experienței umane și ale introspecției din cunoștințele acceptate, ne limităm la un teritoriu restrâns.

Am pierdut ceva. In 1892, canadianul William Osler, unul dintre cei mai mari medici din toate timpurile, a suspectat că artrita reumatoidă - o boală legată de sclerodermie - este o tulburare legată de stres. Astăzi, reumatologia ignoră acest lucru înțelept, în ciuda dovezilor științifice pe care se bazează, acumulate în cei 110 ani de când Osler și-a publicat pentru prima oară teza. In acest punct a adus abordarea științifică limitată practica medicinei. Prin ridicarea științei moderne la nivelul de judecător final al suferințelor noastre, am fost prea dornici să renunțăm la descoperirile din vremurile trecute.

După cum a subliniat psihologul american Ross Buck, până la apariția tehnologiei medicale moderne și a farmacologiei științifice, medicii trebuiau să se bazeze în mod tradițional pe efectele placebo. Trebuiau să inspire fiecărui pacient încrederea în capacitatea sa interioară de a se vindeca. Pentru a fi eficient, un medic trebuia să își asculte pacientul, să lege o relație cu acesta, să aibă încredere în intuiția lui. Acelea sunt calități pe care se pare că medicii le-au pierdut, deoarece am ajuns să ne bazăm aproape exclusiv pe măsuri „obiective", pe metode de diagnosticare bazate pe tehnologie și pe remedii „științifice".

Din acest motiv, nu am fost surprins de critica pe care mi-a adus-o reumatologul. Mai șocantă a fost o altă scrisoare pentru redactorul-șef, ajunsă câteva zile mai târziu - de data aceasta una de încurajare -, de la Noel B. Hershfield, profesor de psihologie clinică la University of Calgary: „Noua disciplină a psihoneuroimunologiei a ajuns acum în punctul în care prezintă dovezi convingătoare, propuse de oameni de știință din multe domenii, că există o legătură strânsă între creier și sistemul imunitar. Structura emoțională a unei persoane și reacția la stresul continuu pot cauza multe boli pe care le tratează medicina, dar a căror origine nu este cunoscută încă - boli precum sclerodermia și marea majoritate a tulburărilor reumatice, tulburările inflamatorii ale intestinului, diabetul, scleroza multiplă și numeroase alte afecțiuni reprezentate în fiecare subspecializare medicală [...].“

Revelația acestei scrisori a fost existenta unui nou domeniu al medicinei. Ce este *psihoneuroimunologidi* După cum am aflat, nu este altceva decât știința interacțiunilor dintre minte și corp, unitatea indisolubilă a emoțiilor și

fiziologiei în dezvoltarea umană pe parcursul vieții, indiferent dacă suntem sănătoși sau bolnavi. Acest cuvânt cu nume descurajator de complicat înseamnă pur și simplu că disciplina studiază modurile în care psihicul - mintea și conținutul emoțiilor - interacționează profund cu sistemul nervos al corpului și cum ambele, la rândul lor, formează o legătură esențială cu sistemul nostru imunitar. Unii au numit acest nou domeniu *psihoneuroimunoendocrinologie* pentru a indica faptul că aparatul endocrin sau hormonal este o parte a sistemului de răspuns al întregului organism. Cercetarea inovatoare descoperă modul în care aceste legături funcționează până la nivel celular. Descoperim baza științifică a ceea ce am cunoscut înainte și am uitat, spre marea noastră pierdere.

De-a lungul secolelor, mulți medici au ajuns să înțeleagă că emoțiile sunt profund implicate în cauzalitatea bolii sau în restabilirea sănătății. Au făcut cercetări, au scris cărți și au contestat ideologia medicală predominantă, dar ideile, explorările și perspectivele lor au dispărut repetat într-un fel de Triunghi al Bermudelor medical. înțelegerea legăturii minte-corp dobândită de generațiile anterioare de medici și de oameni de știință a dispărut fără urmă, ca si cum nu ar fi văzut vreodată lumina zilei.)

Un editorial din august 1985, publicat în *New England Journal of Medicine,* declara cu o certitudine plină de autoritate că „este timpul să recunoaștem, credința noastră în boală ca o reflexie directă a stării mintale este, în mare parte, mitologică'-. Astfel de respingeri nu mai pot fi susținute. Psihoneuroimunologia, noua știință pe care dr. Hershfield a menționat-o în scrisoarea către *The Globe and Mail,* are succes, chiar dacă informațiile sale nu au pătruns încă în lumea practicii medicale.

O vizită scurtă în bibliotecile medicale sau pe site-urile lor este suficientă să arate valul în creștere de lucrări de cercetare, articole și manuale care discută despre noile cunoștințe. Informațiile au ajuns, prin cărți și reviste destinate publicului larg, la mulți oameni care au acces la ele înaintea profesioniștilor și sunt mai puțin încătușați de vechile teorii oficiale. Aceștia cred că este mai puțin amenințător să acceptăm că nu putem fi divizați atât de ușor și că întregul organism uman este mai mult decât suma componentelor sale.

Sistemul nostru imunitar nu există separat de experiența zilnică. De exemplu, bariera imunitară, care funcționează normal la oamenii tineri și sănătoși, s-a dovedit că este înlăturată în cazul studenților la medicină sub presiunea examenelor finale. Cu un impact și mai mare pentru viitoarea lor sănătate și stare de bine, studenții mai singuratici au suferit cel mai mare impact negativ asupra sistemelor imunitate. Singurătatea a fost asociată cu o activitate imună redusă și în cazul unui grup de pacienți de la psihiatrie. Chiar dacă nu ar exista alte dovezi de cercetare - deși există o mulțime -, ar trebui să luăm în considerare efectele pe termen lung ale stresului cronic. Presiunea examinărilor este evidentă și pe termen scurt, dar mulți oameni își petrec fără să vrea toată viața ca și cum ar fi sub privirile unui examinator puternic și critic, căruia trebuie să îi facă pe plac cu orice preț. Mulți dintre noi trăiesc dacă nu singuri, atunci în relații nepotrivite din punct de vedere emoțional, care nu le recunosc și nu le îndeplinesc nevoile de bază. Izolarea și stresul afectează chiar și persoanele care cred că viețile lor sunt satisfăcătoare.

Cum poate stresul să se transforme în boală? Stresul este o cascadă năucitoare de răspunsuri fizice și biochimice la stimuli emoționali puternici. Din punct de vedere fiziologic, emoțiile sunt, în sine, descărcări electrice, chimice și hormonale ale sistemului nervos uman. Emoțiile influențează - si sunt influențate - de funcționarea principalelor organe, de integritatea sistemelor noastre de apărare și de funcționarea numeroaselor substanțe biologice care contribuie prin circulația lor la reglarea stării fizice a organismului. Când emoțiile sunt reprimate, așa cum a trebuit să facă Mary în copilăria sa în căutarea siguranței, această inhibare dezarmează apărarea organismului împotriva bolii. Reprimarea - disocierea emoțiilor de conștiință și trimiterea lor în sfera inconștientă - dezorganizează și derutează sistemele noastre fiziologice de apărare, astfel încât mijloacele de apărare nu funcționează normal, devenind mai degrabă distrugătoarele sănătății, decât protectoarele sale.

In cei șapte ani în care am fost coordonator medical la Palliative Care Unit de la Vancouver Hospital, am văzut mulți pacienți cu boli cronice al căror istoric emoțional semăna cu al lui Mary. Dinamica și modalitățile de adaptare similare erau prezente la oamenii care veniseră la noi pentru îngrijire paliativă, cu cancere sau cu procese neurologice degenerative,

precum scleroza laterală amiotrofică (SLA, cunoscută în America de Nord ca boala Lou Gehrig, după marele jucător de baseball american care a decedat din cauza ei, iar în Marea Britanie ca boala neuronului motor). In practica mea ca medic de familie, am observat aceleași modele la oamenii pe care i-am tratat pentru scleroză multiplă, afecțiuni inflamatorii ale intestinului, cum ar fi colita ulcerativă și boala Crohn, sindromul de oboseală cronică, tulburările autoimune, fibromialgia, migrena, tulburările pielii, endometrioza și multe alte afecțiuni. In perioade importante ale vieții, aproape niciunul dintre pacienții mei cu boli grave nu învățase să spună nu. Dacă personalitățile și experiențele unora păreau foarte diferite de ale lui Mary, reprimarea emoțională care stătea la bază era un factor mereu prezent.

Unul dintre pacienții în fază terminală aflați sub îngrijirea mea era un bărbat de vârstă mijlocie, director executiv al unei companii care comercializa cartilajul de rechin ca tratament pentru cancer. Până la momentul în care a fost admis în unitatea noastră, cancerul său recent diagnosticat se răspândise în tot corpul. A continuat să mănânce cartilaj de rechin aproape până în ziua morții, dar nu pentru că mai credea în valoarea lui. Remediul mirosea urât - duhoarea era sesizabilă chiar și de la distanță - și puteam doar să îmi imaginez ce gust avea. „II detest, dar partenerul meu de afaceri ar fi dezamăgit dacă nu l-aș mai lua“, mi-a spus el. L-am convins că avea dreptul să își trăiască ultimele zile fără să se simtă răspunzător pentru dezamăgirea altcuiva.

Este o chestiune sensibilă să aduci în discuție posibilitatea ca modul în care oamenii au fost condiționați să îsi trăiască viata să contribuie la boala lor. Legăturile dintre comportament și bolile ulterioare sunt evidente în cazul fumatului și al cancerului pulmonar - cu excepția, poate, a directorilor din industria tutunului. Dar astfel de legături sunt mai greu de dovedit atunci când vine vorba despre emoții și apariția sclerozei multiple, cancerului mamar sau artritei. Pe lângă boala care îl lovește, pacientul se simte vinovat de faptul că este cine este. „De ce scrii această carte?“ a întrebat o profesoară universitară de 52 de ani care fusese tratată pentru cancer de sân. Cu o voce marcată de furie, ea mi-a spus: ,^m cancer din cauza genelor mele, nu din cauza a ceea ce am făcut. “

„Să privim boala și moartea ca eșec personal este o formă extrem de nefericită de învinovățire a victimei", a acuzat editorialul din 1985 din *New England Journal of Medicine.* „Intr-un moment în care pacienții sunt deja împovărați de boală, aceștia nu ar trebui să fie împovărați și de faptul că trebuie să accepte responsabilitatea pentru rezultat." Vom reveni la această chestiune sâcâitoare a vinovăției asumate. Aici voi remarca doar că nu vina si eșecul sunt >))

problema. Astfel de termeni doar tulbură imaginea. După cum vom vedea, acuzarea celui care suferă - în afară de faptul că dovedește obtuzitate morală -este complet nefondată din punct de vedere științific.

Editorialul de la *NEJM* a confundat vina cu responsabilitatea. Chiar dacă toți ne îngrozim să fim învinuiți, ne dorim să fim mai *responsabili* — adică să avem capacitatea să *răspundem* prin conștientizarea circumstanțelor din viețile noastre, în loc să reacționăm nepotrivit. Vrem să fim persoana cu autoritate în propria viață: responsabilă, capabilă să ia hotărâri autentice, care să o influențeze. Nu există responsabilitate reală fără conștientizare. Una dintre slăbiciunile abordării medicale occidentale este aceea că noi am făcut din medic singura autoritate, pacientul fiind prea des doar un simplu destinatar al tratamentului sau al vindecării. Oamenii sunt privați de oportunitatea de a deveni cu adevărat responsabili. Niciunul dintre noi nu va fi acuzat dacă va ceda în fața bolilor și a morții. Oricare ar putea dispărea în orice moment, dar cu cât aflăm mai mult despre noi înșine, cu atât suntem mai puțin predispuși să devenim victime ale pasivității.

Legăturile dintre minte și corp trebuie văzute nu numai pentru propria înțelegere a bolilor, ci și pentru înțelegerea sănătății. Dr. Robert Maunder, de la Facultatea de Psihiatrie a University of Toronto, a scris despre interfața minte-corp în caz de boală. „încercarea de a identifica și de a răspunde la problema stresului este mai plauzibil să ducă la sănătate decât la ignorarea problemei"[2], mi-a spus el într-un interviu. în procesul de vindecare, fiecare fărâmă de informație, fiecare fărâmă de adevăr poate fi crucială. Dacă există o legătură între emoții și fiziologie, să *nu* informezi oamenii despre asta îi va priva de o unealtă puternică. Iar aici ne confruntăm cu inadecvarea limbajului. Ca să vorbim despre legăturile dintre minte și corp, trebuie să presupunem că două entități distincte sunt

interconectate într-un fel. Totuși, în viață nu există o astfel de separare; nu există corp fără minte, nici minte fără corp. Cuvântul *mintecorp* a fost sugerat să comunice starea reală a lucrurilor.

Nici măcar în Occident nu este complet nouă dualitatea minte-corp. In unul dintre dialogurile lui Platon, Socrate citează criticile unui medic trac la adresa colegilor greci: „Asta e cauza faptului că la greci medicilor le scapă cele mai multe boli - ei neglijează întregul de care ar trebui să se îngrijească. Or, când întregul nu-i în stare bună, e imposibil ca partea să fie în stare bună."- Nu puteți separa mintea de corp, a declarat Socrate cu aproape două milenii și jumătate înainte de apariția psihoneuroimunoendocrinologiei!

Scriind *Când corpul spune nu,* am făcut mai mult decât să confirm unele dintre informațiile pe care le-am introdus prima oară în articolul meu despre sclerodermia lui Mary. Am învățat multe și am ajuns să apreciez profund munca a sute de medici, oameni de știință, psihologi și cercetători care au trasat granițele unității minte-corp, nemarcate anterior. Munca la această carte a fost și o explorare interioară a modurilor în care mi-am reprimat emoțiile. M-a determinat să fac această călătorie personală ca răspuns la o întrebare adresată de un consilier al British Columbia Cancer Agency, unde mă dusesem să fac cercetări despre rolul reprimării emoționale asupra cancerului. La multe persoane cu malignități, exista o negare automată a durerii psihice sau fizice și a emoțiilor incomode precum mânia, tristețea sau respingerea. „Care este legătura dumneavoastră personală cu această problemă?" m-a întrebat consilierul. „Ce vă atrage la această temă, mai exact?"

întrebarea mi-a adus aminte un incident de acum șapte ani. într-o seară, am venit să îmi văd mama de 76 de ani la azilul unde locuia. Avea distrofie musculară progresivă, o boală moștenită care atrofiază mușchii și care circulă în familia noastră. Incapabilă să se ridice fără ajutor, ea nu mai putea trăi acasă. Cei trei fii și familiile lor au vizitat-o regulat până la moartea ei, lucru care s-a întâmplat exact când am început să scriu această carte.

Șchiopătam ușor când am pășit pe coridorul casei de bătrâni. în dimineața aceea fusesem operat pentru o ruptură de cartilaj la genunchi, o consecință a ignorării semnalelor transmise de corp prin limbajul durerii, care apărea de

fiecare dată când faceam jogging pe ciment. Când am deschis ușa de la camera mamei, m-am îndreptat direct către patul ei, normal, nonșalant, ca să o salut.

Impulsul de a ascunde șchiopătarea nu era conștient, iar acțiunea a fost făcută înainte de a-mi da seama. Abia mai târziu m-am întrebat ce anume determinase o astfel de măsură inutilă - mama mea ar fi acceptat calm că fiul ei de 51 de ani șchioapătă dintr-un genunchi la 12 ore după operație.

Ce se întâmplase? Impulsul automat de a-mi proteja mama de durerea pe care o aveam, chiar și într-o situație inofensivă, a fost un reflex programat, care nu avea prea mare legătură cu nevoile actuale ale niciunuia dintre noi. Această reprimare era o amintire - o reconstituire a unei dinamici care fusese întipărită în creierul meu pe parcursul dezvoltării, înainte de a fi putut să îmi dau seama de ea. Sunt un supraviețuitor și un copil al genocidului nazist, care și-a trăit primul an de viață în Budapesta aflată sub ocupație. Bunicii mei materni au fost uciși la Auschwitz când aveam cinci luni; mătușa mea a fost și ea deportată și nu s-a mai auzit de ea; iar tatăl meu a fost într-un batalion de muncă silnică în slujba armatelor germane și maghiare. Eu și mama abia am supraviețuit în lunile petrecute în ghetoul din Budapesta. Timp de câteva săptămâni, a trebuit să se despartă de mine, fiind singura modalitate de a mă salva de la moarte sigură prin înfometare sau boală. Nu trebuie multă imaginație pentru a înțelege că, în starea ei de spirit și sub stresul inuman cu care se confrunta zilnic, mama mea nu era pregătită prea des să zâmbească tandru sau să ofere atenția de care un sugar în creștere are nevoie pentru a simți siguranță și iubire necondiționată. Mama mi-a spus, de fapt, că în multe zile, disperarea ei era atât de mare, încât numai nevoia de a mă îngriji o mai motiva să se ridice din pat. Am aflat de mic că trebuia să muncesc pentru atenție, că trebuia să nu o împovărez pe mama și că neliniștea și durerea mea nu puteau fi decât reprimate.

In interacțiunile sănătoase mamă-copil, mama este capabilă să ofere hrană fără ca bebelușul să depună vreun efort pentru ce primește. Mama mea nu a putut să îmi asigure acea hrănire necondiționată - și, din moment ce nu era nici sfântă, nici perfectă, probabil că nu ar fi reușit complet să facă acest lucru nici chiar fără ororile care ne tulburau familia. In circumstanțele date,

am devenit apărătorul mamei mele - protejând-o pe ea în primă instanță, înaintea conștientizării propriei dureri. Ceea ce începuse ca o adaptare defensivă automată a copilului s-a înăsprit curând într-un model fix de personalitate care, 51 de ani mai târziu, tot m-a forțat să îmi ascund chiar și cel mai mic disconfort fizic în fata mamei.

>

Nu m-am gândit la proiectul *Când corpul spune nu* în acești termeni. Trebuia să fie o căutare intelectuală, o explorare teoretică interesantă, care să ajute la explicarea sănătății și bolii oamenilor. Era o cărare bătătorită de alții înaintea mea, dar întotdeauna rămâne ceva nedescoperit. întrebarea consilierului m-a făcut să înfrunt problema reprimării emoționale în viața mea. Șchiopătatul meu ascuns, mi-am dat seama, era doar un mic exemplu.

Astfel, scriind această carte, eu descriu nu numai ce am învățat de la alții sau din reviste de specialitate, ci și ce am observat la mine însumi. Dinamica reprimării funcționează în noi toți. Negăm șinele și ne trădăm într-o măsură sau alta, cel mai adesea în moduri de care nu suntem mai conștienți decât eram eu când „hotărâm" să ascund șchiopătatul. Când vine vorba despre sănătate sau boală, este doar o chestiune de gradare a intensității și, de asemenea, o problemă de prezență sau de absență a altor factori - cum ar fi ereditatea sau dezastrele naturale - care predispun și la boală. Astfel, pentru a demonstra că reprimarea este o cauză majoră de stres și un factor care contribuie decisiv la apariția bolii, nu îi arăt cu degetul pe alții pentru că „se îmbolnăvesc singuri". Scopul meu este să promovez învățarea și vindecarea, nu să încarc coeficientul de vină și rușine. Ambele există deja din plin în cultura noastră. Probabil nu sunt doar eu prea sensibil la problema învinovățirii, fiindcă majoritatea oamenilor simt asta. Rușinea este cea mai profundă dintre „emoțiile negative", un sentiment pe care l-am evita cu orice preț. Din păcate, teama noastră stăruitoare de rușine ne subminează capacitatea de a vedea realitatea.

în ciuda eforturilor medicilor, Mary a murit la Vancouver Hospital la opt ani de la diagnostic, cedând complicațiilor provocate de sclerodermie. Și-a păstrat zâmbetul blând până la sfârșit, deși inima îi era slăbită și respira sacadat. Din când în când, mă ruga să programez lungi vizite private chiar și în spital, în ultimele zile. Voia să discute despre chestiuni serioase sau

banale. „Tu ești singurul care m-a ascultat vreodată", mi-a mărturisit. M-am întrebat uneori cum s-ar fi schimbat viața lui Mary dacă ar fi fost cineva acolo să o audă, să o vadă și să o înțeleagă în copilărie - când era maltratată, speriată, când se simțea responsabilă pentru surioarele ei. Dacă ar fi fost cineva acolo în mod consecvent și de încredere, ea ar fi învățat să se aprecieze, să își exprime sentimentele, să își exprime furia când oamenii îi invadau granițele fizic sau emoțional. De-ar fi fost soarta ei așa, ar fi rămas în viață?

Note:

1 H. Selye, *The Stress of Life,* ediție revizuită, McGraw-Hill, New York, 1978, p. 4.

2 M. Angell, „Disease as a Reflection of the Psyche“, *New England Journal of Medicine,* 13 iunie 1985.

3 Interviu cu dr. Robert Maunder.

4 Plato, Charmides, citat în A.A. Brill, Freud’s Contribution to Psychiatry, W.W. Norton, New York, 1944, p. 233. Vezi și ediția în limba română: Platon - Opera integrală, voi. 1, traducere de Andrei Cornea, Humanitas, București, 2021, p. 165.

CAPITOLUL 2

Fetița prea bună ca să fie adevărată

Ar fi o subestimare să spunem că primăvara și vara anului 1990 au fost o perioadă stresantă în viața lui Natalie. In martie, fiul ei de 16 ani a fost eliberat după șase luni într-un centru de dezintoxicare. Consumase droguri și alcool în ultimii doi ani și fusese exmatriculat în mod repetat de la școală. avut noroc că l-am adus în programul de tratament de acasă“, spunea fosta infirmieră de 53 de ani. „Era acasă de puțin timp când soțul meu a fost diagnosticat primul, și apoi eu.“ In iulie, soțul ei, Bill, a fost operat pentru o tumoare malignă intestinală. După operație, li s-a spus că tumoarea se răspândise la ficat.

Natalie suferise din când în când de oboseală, amețeală și avea țiuituri în urechi, dar simptomele ei erau de scurtă durată și se rezolvau fără tratament. In anul anterior diagnosticării, se simțise mai obosită decât de obicei. O criză de amețeală din luna iunie a dus la o scanare CT cu rezultate negative. Două luni mai târziu, RMN-ul lui Natalie arăta anomaliile caracteristice asociate sclerozei multiple: zone focale ale inflamației unde mielina, țesutul adipos care căptușește celulele nervoase, era deteriorată și prezenta cicatrici.

Scleroza multiplă (din limba greacă, „a se întări“) este cea mai întâlnită dintre asa-numitele boli demielinizante care afectează funcționarea celulelor în *9*

sistemul nervos central. Simptomele depind de locul în care apar inflamația și cicatricele. Principalele zone atacate sunt de obicei măduva spinării, trunchiul cerebral și nervul optic - legătura de fibre nervoase care poartă informații vizuale către creier. Dacă leziunea se află undeva în măduva spinării, simptomele vor fi amorțeala, durerile sau alte senzații neplăcute în membre sau trunchi. De asemenea, poate apărea o contracție involuntară a

mușchilor sau o slăbiciune. In partea inferioară a creierului, pierderea mielinei poate provoca vederea dublă, probleme de vorbire sau de echilibru. Pacienții cu nevrită optică

- inflamarea nervului optic - suferă pierderi vizuale temporare. Surmenajul este un simptom obișnuit, un sentiment de epuizare copleșitoare, mult mai mare decât oboseala obișnuită. *9*

Amețeala lui Natalie a continuat toamna și la începutul iernii, când își îngrijea soțul aflat în convalescență după operația la intestin și după 12 săptămâni de chimioterapie. Apoi, pentru o vreme, Bill a putut să își reia activitatea de agent imobiliar. După aceea, în mai 1997, a fost efectuată o a doua operație pentru a-i extirpa tumorile din ficat. „Ca urmare a rezecției prin care i-a fost eliminat 75% din ficat, Bill a dezvoltat un cheag de sânge în vena portă^. Ar fi putut muri din cauza asta“, spune Natalie. „A devenit foarte confuz și agresiv.“ Bill a murit în 1999, dar nu înainte de a o supune pe soția sa la mai multă durere emoțională decât ar fi putut ea să prevadă.

Cercetătorii din Colorado au examinat 100 de oameni cu scleroză multiplă recurent-remisivă, ale căror crize alternau cu perioade fără simptome. Acesta este tipul de SM pe care l-a avut Natalie. Pacienții împovărați de stresuri extreme, cum ar fi dificultăți majore în relații sau insecuritatea financiară, au fost de aproape patru ori mai predispuși să sufere agravări ale situației.-

„Incă aveam episoade puternice de amețeală în preajma Crăciunului din 1996, dar apoi mi-au acaparat tot timpul“, relatează Natalie. „Drumurile mele s-au mai rărit. Și în ciuda problemelor legate de rezecția ficatului lui Bill, a trebuit să-1 duc la secția de urgență de patru ori între iulie și august - eram bine. Părea că Bill se redresa și speram că nu vor mai exista complicații. Apoi sa agravat situația mea.“ Criza a venit când Natalie credea că se poate relaxa puțin, când serviciile ei nu mai erau cerute în regim de urgență.

- Soțul meu era genul de persoană care credea că nu trebuie să facă nimic din ce nu voia să facă. Mereu a fost așa. Când s-a îmbolnăvit, și-a imaginat că nu va trebui să facă absolut nimic. Se așeza pe canapea și pocnea din degete, iar atunci săreai. Chiar și copiii începeau să își piardă răbdarea cu

el. In sfârșit, toamna, când era mai bine, l-am trimis câteva zile afară din oraș cu niște prieteni. Trebuia să iasă.

- De ce aveai *tu* nevoie? întreb.

- Mă săturasem. I-am spus unui prieten să îl ia la o partidă de golf câteva zile și l-a luat. Două ore mai târziu, am știut că starea mi se agravase.

Ce-ar fi putut ea să învețe din această experiență?

- Păi, că trebuie să știu când să mă retrag din modul meu de întrajutorare. Dar pur și simplu nu pot; dacă cineva are nevoie de ajutor, trebuie să fac acest lucru, mi-a spus pe un ton ezitant.

- Indiferent ce ți se întâmplă ție?

- Da. Sunt de cinci ani pe acest drum și încă nu am învățat că trebuie să îmi dozez viteza. Corpul meu îmi spune frecvent nu, și eu tot îi dau înainte. Nu mă învăț minte.

Corpul lui Natalie avea multe motive să spună *nu* pe toată durata căsătoriei. Bill era un alcoolic înrăit și adesea o punea în situații dificile.

- Când bea prea mult, devenea nesuferit, spune ea. Era mai certăreț, mai agresiv, își pierdea cumpătul. Mergeam la câte-o petrecere și, dacă ceva îl deranja, se lua de oameni în public, fără niciun motiv. Mă întorceam și plecam, iar apoi el se înfuria pe mine pentru că nu îl susținusem. Am știut în 48 de ore de la diagnosticarea cu SM că Bill nu va fi alături de mine.

Revenind din vacanța sa de golf, Bill a avut câteva luni de vigoare. S-a implicat într-o relație cu o altă femeie, o prietenă a familiei. „Mi-am zis: «Uite ce am făcut pentru tine.» Mi-am periclitat sănătatea. Am fost acolo pentru tine toată vara. Ai fost în pragul morții și am stat 72 de ore în spitalul acela așteptând să văd dacă vei muri sau dacă te vei reface. Am avut grijă de tine când ai venit acasă, și iată cum am fost răsplătită. Doar primesc o nouă lovitură."

Ideea că stresul psihic crește riscul de scleroză multiplă nu este nouă. Neurologul francez Jean-Martin Charcot a fost primul care a oferit o descriere completă a sclerozei multiple. El a relatat într-o prelegere din 1868 că pacienții leagă „problemele sau mâhnirea îndelungată" de apariția simptomelor. Cinci ani mai târziu, un medic britanic a descris un caz asociat cu stresul: „Din punct de vedere etiologic, este important să menționăm o altă afirmație a femeii, făcută atunci când i-a dat o informație confidențială asistentei - cum că boala ei a fost cauzată de faptul că și-a prins soțul în pat cu o altă femeie. “[z]

In vederea scrierii acestei cărți, am intervievat nouă persoane cu SM, opt dintre ele, femei. (Aproximativ 60% dintre persoanele afectate sunt femei.) Tiparele emoționale ilustrate în povestea lui Natalie sunt evidente la fiecare persoană, chiar dacă nu întotdeauna într-un mod la fel de dramatic. Dovezile adunate din interviurile mele sunt în concordanță cu cercetările publicate. „Mulți studenți cu această boală au avut impresia că stresul emoțional este implicat într-un fel în originea sclerozei multiple"-, a menționat un articol de cercetare din 1970. Implicarea emoțională excesivă a unui părinte, lipsa independenței psihologice, o nevoie copleșitoare de dragoste și afecțiune și incapacitatea de a simți sau de a exprima furia au fost identificate de mult timp de către observatorii medicali ca factori posibili pentru dezvoltarea naturală a bolii. Un studiu din 1958 a constatat că, în aproape 90% dintre cazuri, „înainte ca simptomele să fie declanșate, pacienții au avut parte de evenimente de viață traumatizante, care le-au amenințat *sistemul de apărare*[**].

Un studiu efectuat în 1969 a analizat rolul proceselor psihice la 32 de pacienți din Israel și din Statele Unite. Dintre acești pacienți cu SM, 85% au avut simptome care au fost diagnosticate ulterior ca scleroză multiplă în urma evenimentelor foarte stresante. Natura factorului de stres a variat considerabil -de la moartea sau îmbolnăvirea celor dragi la o amenințare bruscă de pierdere a mijloacelor de trai sau poate la un eveniment familial care a cauzat o schimbare permanentă în viața unei persoane și a solicitat o flexibilitate sau o adaptare peste capacitatea ei de procesare. Conflictul conjugal prelungit a fost și el o sursă de stres, o alta a fost responsabilitatea prea mare la locul de muncă. Autorii studiului scriu: „Caracteristica pe care o au în comun acești oameni este conștientizarea treptată a incapacității de a

face față unei situații dificile, astfel apărând sentimente de inadecvate sau eșec."— Aceste tipuri de stres afectează diferite culturi.

Un alt studiu a comparat pacienții cu SM cu un grup de control sănătos. Evenimentele grav amenințătoare erau de zece ori mai frecvente, iar conflictul conjugal de cinci ori mai frecvent în grupul cu SM.—Dintre cele opt femei cu scleroză multiplă cu care am vorbit, numai una era încă la prima relație pe termen lung; celelalte se despărțiseră sau divorțaseră. Patru dintre femei fuseseră abuzate fizic sau psihic de către partenerii lor înainte de apariția bolii. In celelalte cazuri, partenerii fuseseră distanți și inactivi din punct de vedere emoțional. >

Lois, jurnalistă, avea 24 de ani când a fost diagnosticată cu SM în 1974. Un scurt episod de vedere dublă a fost urmat câteva luni mai târziu de senzații de furnicături în picioare. Ea trăise în ultimii doi ani într-o mică așezare indigenă din regiunea arctică cu un bărbat cu nouă ani mai în vârstă, un artist pe care acum îl descrie în termeni de instabilitate mintală. Ulterior, a fost spitalizat pentru o boală maniaco-depresivă. „L-am idolatrizat", își amintește ea. „Era foarte talentat și simțeam că, pe lângă el, nu știu nimic. Poate că m-am temut puțin." Viața la Polul Nord i s-a părut lui Lois extrem de dificilă.

- Pentru o fată cocoloșită de pe Coasta de Vest, era ca și când s-ar fi mutat în Timbuktu. Am consultat un psiholog la câțiva ani după aceea, care mi-a spus: „Ai avut noroc că ai scăpat de acolo cu viață." Erau multă băutură, moarte și crimă, izolare. Acolo nu există drumuri. Mi-a fost frică fizic de partenerul meu, de pedeapsa și de mânia lui. A fost o iubire de o vară care trebuia să dureze câteva luni, dar a durat doi ani. Am încercat să rezist cât am putut de mult, dar m-a dat afară.

Condițiile de trai erau proaste.

- Aveam latrina afară și, la o temperatură de -40 sau -45 de grade, este îngrozitor. Apoi a cedat și am primit găleata iubitei, cum îi ziceau ei, în care puteam să fac pipi noaptea, deoarece femeile trebuie să meargă la baie mai des decât bărbații, nu?

- Asta a fost o concesie? întreb eu.

- Da, exact. Trebuia să ducem găleata departe pentru a o arunca și el nu voia să facă asta. Intr-o noapte, a azvârlit-o în zăpadă și mi-a spus să folosesc latrina. De asemenea, eu trebuia să car apă, pentru că nu aveam apă curentă. Nu aveam altă cale. Daca voiam să rămân cu el, trebuia să îndur. îmi amintesc că lucrul cel mai important pe care îl doream din partea lui era respectul. Nu știu de ce, dar a fost lucrul cel mai important pentru mine. Mi-am dorit asta atât de tare, încât am fost dispusă să accept multe lucruri.

Lois spune că o nevoie disperată de aprobare o caracterizase și mai devreme în viață, în special în relația cu mama ei. „I-am povestit despre controlul permanent pe care mama îl avea asupra vieții mele - spunându-mi de la început ce să fac, ce să port și cum să îmi decorez camera. Eram fetița prea bună ca să fie adevărată. Asta înseamnă să îți subjugi dorințele sau nevoile pentru a obține aprobarea cuiva. Am încercat întotdeauna să fiu cine și-au dorit părinții mei să fiu."

Barbara, psihoterapeută - una foarte eficientă tratează mulți oameni cu boli cronice. Ea însăși are scleroză multiplă. Se opune cu înverșunare sugestiei că reprimarea care își are originile în copilărie are legătură cu plăcile de inflamație și cicatricile de la rădăcina simptomelor SM.

Scleroza multiplă a Barbarei a debutat cu 18 luni în urmă. Primele simptome au apărut la scurt timp după ce a invitat în casa ei pentru o ședere de două săptămâni un sociopat cu care lucrase într-o instituție de corecție. „A făcut multă terapie și ideea a fost să îi dăm o nouă șansă", spune ea. In schimb, clientul a provocat haos și tulburare în casa și mariajul ei. O întreb pe Barbara dacă nu vede această invitație adresată unei persoane cu tulburări grave o problemă majoră a ei de a impune niște granițe.

> - Ei bine, da și nu. Am crezut că este bine, pentru că era o chestiune de două săptămâni. Dar, evident, n-aș mai face-o niciodată. Sunt atât de bună la impus granițe acum, încât am o clientă care mă numește Regina Granițelor. Și ea este terapeută, așa că glumim despre asta. Din păcate, a trebuit să învăț pe calea cea mai dură. Uneori cred că SM a fost o pedeapsă pentru nesăbuința mea.

Această referire la boală ca la o pedeapsă ridică o problemă esențială, deoarece persoanele cu boli cronice sunt adesea acuzate sau pot să se acuze

singure că își cam merită soarta. Dacă perspectiva reprimare/stres ar însemna într-adevăr că boala a fost o pedeapsă, aș fi de acord cu respingerea ei de către Barbara. Dar căutarea unei înțelegeri științifice este incompatibilă cu predicile și cu judecata. A spune că o hotărâre necugetată de a invita o persoană potențial dăunătoare în casa cuiva a fost o sursă de stres și a jucat un rol în debutul bolii înseamnă a sublinia că există o legătură între stres și boală. Trebuie să discutăm despre o posibilă consecință - nu ca pedeapsă, ci ca realitate fiziologică.

Barbara insistă că a existat o relație reciproc afectuoasă și sănătoasă între ea și părinții ei.

- Eu și mama ne înțelegeam grozav. Am fost întotdeauna foarte apropiate.

- Granițele se învață în anii noștri formativi, așa că de ce ai învățat să pui granițele mai târziu, pe calea cea dură? întreb eu.

- Am știut ce înseamnă granițele, dar mama mea, nu. Din cauza asta apăreau cele mai multe certuri, din incapacitatea ei de a recunoaște unde termina ea și unde începeam eu.

Faptul că Barbara a primit un bărbat instabil și periculos în casă ar fi definit în studii ca un factor de stres major, dar stresul cronic generat de granițele slabe impuse anterior nu este identificat atât de ușor. Estomparea limitelor psihice în copilărie devine o sursă semnificativă de stres fiziologic pentru adulți. Există efecte negative permanente asupra sistemelor hormonal și imunitar ale organismului, deoarece persoanele cu granițe personale aproape inexistente trăiesc sub un mare stres. Este o parte permanentă a experienței lor zilnice, care trebuie depășită de alții. Cu toate acestea, este o realitate pe care au învățat să o excludă din conștiință. *9* *9*

„Cauza sau cauzele sclerozei multiple rămân necunoscute", se arată într-un apreciat manual de medicină internă.— Majoritatea cercetărilor resping originea contagioasă, deși este posibil să fie implicat și un virus. Există probabil influențe genetice, deoarece câteva grupuri rasiale nu au această boală - inuiții din America de Nord și triburile Bantu din Africa de Sud. Dar genele nu explică cine primește boala sau de ce. „Deși este posibil să

moștenim o susceptibilitate genetică la SM, *nu moștenim boala"",* scrie neurologul Louis J. Rosner, fost șef al UCLA Multiple Sclerosis Clinic. „Și chiar și oamenii care au toate genele necesare nu fac neapărat SM. Boala, cred specialiștii, este declanșată de factori de mediu. *9*

Cercetările IRM și autopsiile care identifică semnele caracteristice ale demielinizării în sistemul nervos central al persoanelor care nu au avut niciodată semne sau simptome ale bolii sunt subiecte la fel de complicate. De ce oamenii cu aceste rezultate neuropatologice scapă de apariția bolii, pe când alții nu? Care ar putea fi „factorii de mediu" la care face referire dr. Rosner?

De altfel, introducerea excelentă a lui Rosner despre scleroza multiplă respinge pe scurt explorarea stresului emoțional ca factor contributiv la apariția bolii. In schimb, conchide că boala este probabil cel mai bine explicată de autoimunitate. „O persoană devine alergică la propriul țesut și produce anticorpi care atacă celule sănătoase", explică acesta. El ignoră abundența literaturii medicale care leagă procesele autoimune de stres și de personalitate, o legătură vitală, care va fi explorată în profunzime în capitolele ulterioare.

Un studiu din 1994 efectuat în cadrul departamentului de neurologie din cadrul University of Chicago Hospital a analizat interacțiunile dintre sistemul nervos și sistemul imunitar și potențialul rol al acestora în dezvoltarea sclerozei multiple.— Au fost folosiți șobolani pentru a demonstra că boala autoimună indusă în mod artificial se agravează atunci când reacția luptă-sau-fugi este blocată. Dacă nu ar fi intervenit echipa, capacitatea animalului de a reacționa normal la stres l-ar fi protejat.

Pacienții cu SM descriși în literatura despre stres și toți cei intervievați de mine au fost plasați în poziții similare cu ale nefericitelor animale de laborator în studiul de la Chicago. Aceștia au fost expuși la stres acut și cronic prin condiționarea lor din copilărie și capacitatea lor de a reacționa prin luptă-sau-fugi le-a fost afectată. Problema fundamentală nu este stresul extern, cum ar fi evenimentele de viață citate în studii, ci o neputință condiționată de mediu care nu permite niciunul dintre răspunsurile normale de tipul luptă-sau-fugi. Stresul intern rezultat este reprimat și, prin urmare, invizibil. In cele din urmă, după ce nu a putut răspunde nevoilor sau

trebuind să facă față nevoilor altora, nu mai este resimțit la fel de stresant. Se simte normal. Te dezarmează.

Veronique are 33 de ani; a fost diagnosticată cu SM în urmă cu trei ani. Ea relatează:

- Am avut un episod major, nu știam ce este - cu durere în picioare, amorțeală și furnicături mergând până sus, în coșul pieptului și înapoi, iar asta a durat aproximativ trei zile. Am crezut că e cool - mă împungeam și nu simțeam nimic! Nu am spus nimic nimănui.

O prietenă a convins-o în cele din urmă să ceară ajutor medical.

- Ai amorțit și ai simțit o durere din picioare până la piept și nu ai spus nimănui? De ce?

- Nu am crezut că merită să spun nimănui. Și dacă le-aș spune părinților una ca asta, s-ar supăra.

- Dar dacă altcineva ar fi amorțit și ar fi simțit dureri până la mijlocul pieptului, l-ai fi ignorat?

- Nu, l-aș fi dus la doctor.

- De ce te-ai tratat pe tine însăți mai rău decât ai face-o cu o altă persoană? Ai idee?

-Nu.

Cel mai edificator este răspunsul lui Veronique la întrebarea despre posibilele experiențe stresante dinainte de apariția sclerozei multiple.

- Nu au fost neapărat lucruri rele, spune ea. Sunt un copil adoptat. In cele din urmă, după 15 ani de presiune din partea mamei adoptive, mi-am căutat familia biologică, lucru pe care nu am vrut să-1 fac. Dar este întotdeauna mai ușor să cedez la solicitările mamei mele decât să mă cert pentru asta -întotdeauna! I-am găsit, i-am cunoscut și prima mea impresie a fost că sigur nu eram rude. A fost stresant pentru mine să aflu istoria familiei mele, deoarece am descoperit că era posibil să fiu un copil apărut dintr-un viol

incestuos. Se pare că nimeni nu îmi spusese întreaga poveste, iar mama mea biologică nici atât. Tot pe atunci eram șomeră, așteptând ajutorul social. Și îmi dădusem afară iubitul cu câteva luni înainte, pentru că era alcoolic și nici cu asta nu mă mai descurcam. Sănătatea mea mintală ar fi avut de suferit.

Acestea sunt presiunile pe care tânăra le descrie ca „nu neapărat rele“: presiunea continuă din partea mamei adoptive - care a ignorat dorința lui Veronique - de a-și găsi și de a se reuni cu familia biologică disfuncțională; descoperirea că propria existență se poate să fi fost rezultatul unui viol incestuos (un văr care a abuzat-o pe mama biologică a lui Veronique pe când avea doar 16 ani); sărăcia; despărțirea de un prieten alcoolic.

Veronique se identifică cu tatăl ei adoptiv.

- El este eroul meu. El a fost întotdeauna acolo pentru mine.

- Și de ce nu te-ai dus la el pentru ajutor când te-ai simțit presată de mama ta?

- Nu am putut niciodată să ajung singură la el. A trebuit să trec mereu pe la ea ca să ajung la el.

- Și ce a făcut tatăl tău în legătură cu toate astea?

- El doar a stat prin preajmă. Dar aș putea spune că nu-i plăcea.

- Mă bucur că te simți apropiată de tatăl tău. Dar s-ar putea să dorești să îți găsești alt erou - unul care își poate modela singur afirmațiile. Ca să te vindeci, s-ar putea să devii propriul erou.

Talentata violoncelistă britanică Jacqueline du Pre a murit în 1987, la vârsta de 42 de ani, în urma complicațiilor sclerozei multiple. Când sora ei, Hilary, se întreba ulterior dacă stresul ar fi putut să producă boala lui Jackie, neurologii au asigurat-o ferm că stresul nu era unul dintre factori. De atunci, opinia medicală tradițională s-a schimbat foarte puțin. O broșură tipărită de clinica pentru scleroza multiplă a University of Toronto informa pacienții că: „Stresul nu provoacă scleroza multiplă, deși persoanele cu SM sunt

sfătuite să îl evite." Declarația induce în eroare. Bineînțeles că stresul nu *provoacă* scleroza multiplă - niciun factor nu o face singur. Apariția SM depinde, fără îndoială, de o serie de influențe care interacționează. Dar este adevărat să spunem că stresul nu contribuie în mod semnificativ la debutul acestei boli? Studiile si viețile) > persoanelor pe care le-am analizat susțin această posibilitate - inclusiv viața lui Jacqueline du Pre, ale cărei boală și moarte sunt un manual de ilustrare virtuală a efectelor devastatoare ale stresului provocat de reprimarea emoțională.

Oamenii plângeau adesea la concertele lui du Pre. Comunicarea ei cu publicul, observa cineva, „era complet uluitoare și îi lăsa pe toți vrăjiți". Interpretarea era pasională, uneori insuportabil de intensă. Ea aprindea o cale directă către emoții. Spre deosebire de viața privată, prezența ei pe scenă era complet neinhibată: părul fluturând și legănarea trupului erau tipice unei extravaganțe rock'n'roll, nu unei restricții clasice. ‚Arăta ca o lăptăreasă dulce și timidă, dar cu violoncelul în mâini parcă era posedată."[1]^

Până în prezent, unele dintre performanțele înregistrate ale lui du Pre, în special cele ale concertului pentru violoncel de Elgar, sunt nedepășite - și este plauzibil să rămână așa. Acest concert a fost ultima lucrare semnificativă a eminentului compozitor, creată într-o stare de deznădejde în urma Primului Război Mondial. „Tot ce e bun, frumos, curat, proaspăt și dulce este departe, niciodată nu se va întoarce", a scris Edward Elgar în 1917. Ajunsese la 70 de ani, în amurgul vieții sale. „Talentul lui Jackie de a descrie emoțiile unui om ajuns în toamna vieții a fost una dintre capacitățile sale extraordinare și inexplicabile", scrie sora ei, Hilary du Pre, în cartea^ *Genius in the Family*^.

Extraordinar, da. Inexplicabil? Poate că nu. Deși nu știa asta, când avea 20 de ani, Jacqueline du Pre se afla și ea în toamna vieții sale. Boala care avea să îi pună capăt carierei muzicale era la numai câțiva ani distanță. Regretul, pierderea și renunțarea fuseseră toate o parte abundentă a experienței ei emoționale nerostite. Ea l-a înțeles pe Elgar pentru că împărtășiseră aceeași suferință. Portretul lui a tulburat-o întotdeauna. „A avut o viață mizerabilă, Hil, și era bolnav. Cu toate acestea, avea un suflet radiant și asta simt în muzica lui", i-a mărturisit Jacqueline surorii sale.

Se descria pe sine la începuturile ei. Mama lui Jackie, Iris, a suferit la moartea propriului tată pe când se afla încă la maternitate cu Jackie. De atunci, relația lui Jackie cu mama ei a devenit una de simbioză, de care niciuna dintre părți nu s-a putut elibera. Copilului nu îi era permis să fie copil și nici nu i se dădea voie să crească. Jackie era un copil sensibil, liniștit și timid, uneori neastâmpărat. Se spunea că era calmă cu excepția cazului în care cânta la violoncel. Un profesor de muzică și-o amintește la vârsta de șase ani ca „extrem de politicoasă și bine educată". Ea prezenta lumii o față plăcută și supusă. Secretara de la școala de fete pe care o frecventa Jackie își aduce aminte că era un copil fericit și vesel. O colegă de liceu și-o amintește ca pe o „fată prietenoasă, veselă, care se adapta repede".

Realitatea interioară a lui Jackie era cu totul diferită. Hilary povestește că, într-o zi, sora ei a izbucnit în lacrimi: „Nimeni nu mă place la școală. Este oribil. Toți mă tachinează." Intr-un interviu, Jacqueline se înfățișă ca „unul dintre acei copii pe care ceilalți nu îi suportă. Ei formau bande și îmi spuneau lucruri oribile". Era o tânără ciudată, cu vederi de stânga, fără interese academice și fără prea multe de spus. Potrivit surorii sale, Jackie avusese întotdeauna dificultăți în a se exprima prin cuvinte. „Prietenii cu spirit de observație au remarcat o formă incipientă de melancolie sub exteriorul însorit al lui Jackie", scrie biografa sa, Elizabeth Wilson, în *Jacqueline du PrP*[1].

Toată viața ei, până când s-a îmbolnăvit, Jackie și-a ascuns sentimentele de mama ei. Lui Hilary îi revine în minte o amintire cutremurătoare din copilăria ei, cu expresia intensă a lui Jacqueline și șoapta ei plină de secrete: „Hil, nu-i spune mamei, dar când voi fi mare, nu voi putea să merg sau să mă mișc." Cum putem înțelege această oribilă profeție? Fie ca pe ceva supranatural, fie ca proiecția despre ceea ce, în adâncurile inconștientului, Jackie simțea deja - nu era capabilă să se deplaseze independent, era încătușată, cu șinele paralizat. Și acel „nu-i spune mamei“? Resemnarea cuiva deja conștient de lipsa de sens a încercării de a-și transmite durerea, teama și neliniștea - partea ei umbrită -unui părinte incapabil să înțeleagă o astfel de comunicare. Mult mai târziu, când a lovit-o scleroza multiplă, tot resentimentul de o viață al lui Jackie față de mama ei a erupt în rafale de furie necontrolată, profană. Copilul docil devenise un adult profund ostil.

La fel de mult cum Jacqueline du Pre a iubit cu ardoare violoncelul, ceva din ea s-a împotrivit rolului de violoncelist virtuoz. Această *persona* ocupase locul sinelui ei adevărat. De asemenea, a devenit singurul ei mod de comunicare emoțională și singurul mod de a-i atrage atenția mamei. Scleroza multiplă urma să fie mijlocul ei de a se lepăda de acest rol - modalitatea prin care corpul ei spunea nu.

Jacqueline însăși era incapabilă să refuze direct așteptările lumii. La vârsta de 18 ani, deja în vizorul publicului, era melancolic invidioasă pe altă tânără violoncelistă care se confrunta atunci cu o criză. „Fata aceea este norocoasă", i-a spus ea unui prieten. „Ar putea renunța la muzică, dacă ar vrea. Dar eu nu aș putea să renunț niciodată, deoarece prea mulți oameni au cheltuit bani pe mine." Violoncelul îi dădea posibilitatea să se avânte spre înălțimi inimaginabile, dar o și încătușa. îngrozită de faptul că profesia ei avea să își ceară tributul, a cedat în fața cerințelor talentului ei și nevoilor familiei sale.

Hilary vorbește despre „vocea violoncelului" lui Jackie. Deoarece mijloacele ei de exprimare directă fuseseră înăbușite de timpuriu, violoncelul a devenit vocea ei. A revărsat toată intensitatea, durerea, resemnarea - toată furia ei - în muzică. După cum observa unul dintre profesorii ei de violoncel, în adolescență, Jackie forța instrumentul să exprime agresiunea interioară cântând. Când se implica în muzică, era în întregime animată de emoții care erau diluate sau absente din viața ei. De aceea era fascinant de privit și dureros de ascultat - „aproape înspăimântător" în cuvintele violoncelistului rus Mischa Maisky.

La 20 de ani de la debutul ei din copilărie, acum bolnavă de SM, Jackie i-a povestit unei prietene ce simțise prima dată când se afla pe scenă. „Era ca și cum până în acel moment se aflase în fața ei un zid de cărămidă care îi blocase comunicarea cu lumea exterioară. Dar în momentul în care Jackie a început să cânte pentru public, zidul acela de cărămidă a dispărut și în sfârșit a putut să vorbească. Era o senzație care nu o părăsea niciodată atunci când era pe scenă." Ca adult, a scris în jurnal că nu a știut niciodată cum să vorbească prin cuvinte, ci numai prin muzică.

Relația cu soțul ei, Daniel Barenboim, a dominat ultima fază a vieții lui Jacqueline du Pre înainte ca scleroza multiplă să pună capăt cântarului la

violoncel. Un evreu argentinian fermecător, cultivat și cosmopolit, care crescuse în Israel, Barenboim era pe la douăzeci și ceva de ani o supernova în galaxia muzicală internațională. Era un pianist râvnit, muzician de cameră și își făcuse un nume ca dirijor. Când du Pre și Barenboim s-au întâlnit, comunicarea muzicală dintre ei a fost în mod spontan electrică, înflăcărată, chiar mistică. O poveste de dragoste și căsătoria erau inevitabile. Părea o iubire ca în basme; ei au devenit perechea fascinantă din lumea muzicii clasice.

Din nefericire, Jackie nu își putea arăta adevăratul sine în căsătorie mai mult decât o făcuse în familia de origine. Oamenii care o cunoșteau au observat foarte curând că vorbea cu un accent ciudat, „nedefinit", transatlantic. Această adoptare inconștientă a modului de a vorbi al soțului semnala fuzionarea identității sale cu a unei personalități dominante. Hilary crede că Jackie se adapta încă o dată nevoilor și așteptărilor cuiva: „Spațiile larg deschise ale personalității sale au avut puține șanse de exprimare, cu excepția celor pe care le făcea muzica. *Ea trebuia să fie Jackie după cum o cereau toate circumstanțele?*

Când boala neurologică progresivă încă nediagnosticată a început să aibă simptome grave, ca slăbiciunea și căzăturile, ea a urmat un tipar de tăcere îndelungată. In loc să își alarmeze soțul, și-a ascuns problemele, pretinzând că alte cauze o încetineau. „Ei bine, pot spune doar că nu e un stres", a spus Jackie odată, la începutul căsătoriei, când Hilary a întrebat cum se descurca cu efortul unei relații personale și profesionale cu soțul ei. „Mă consider o persoană foarte fericită. îmi iubesc muzica, îmi iubesc soțul și se pare că există suficient timp pentru ambele pasiuni." Puțin mai târziu, a fugit de soț și de carieră. A ajuns să creadă că soțul stătea între ea și adevărata sa identitate. A părăsit căsătoria pe neanunțate, consumându-și nefericirea printr-o relație sexuală care îl implica și pe cumnatul ei - un alt exemplu al granițelor sale nesigure. Fiindcă era deprimată, o perioadă nu a vrut să aibă de-a face cu violoncelul. La scurt timp după ce s-a întors atât la căsătorie, cât și la muzică, a fost diagnosticată cu SM.

Vocea violoncelului lui Jacqueline du Pre rămăsese singura ei voce. Hilary a numit-o salvarea surorii sale. Nu era așa. A funcționat pentru public, dar nu și pentru ea. Oamenii iubeau modul ei plin de pasiune de a face muzică, dar

niciunul dintre cei care contau nu a ascultat vreodată cu adevărat. Publicul a plâns și criticii i-au adus laude, dar nimeni nu a auzit-o. In mod tragic, și ea a fost surdă la chemarea sinelui. Expresia artistică este doar o formă de a exprima emoțiile, nu o modalitate de a trece prin ele.

După moartea surorii sale, Hilary a ascultat o casetă BBC din 1973 a concertului de Elgar, cu Zubin Mehta dirijor. A fost ultima apariție publică a lui Jackie în Marea Britanie. „Câteva clipe de acordaj, o pauză scurtă și a început. Am tresărit brusc. încetinise ritmul. După câteva măsuri, totul a devenit clar. Știam exact ce se întâmpla. Jackie, ca întotdeauna, vorbea prin violoncelul său. Am auzit ce spunea... Aproape că am putut să îi văd lacrimile pe față. Ea își lua rămas-bun de la sine, cântându-și recviemul."

Note:

5 . Principalul vas care transportă sângele din organele abdominale în ficat. *(N. a.)*

6 G.M. Franklin, „Stress and Its Relationship to Acute Exacerbations in Multiple Sclerosis“, *Journal of Neurologicul Rehabilitation,* voi. 2, nr. 1, 1988.

Z I. Grant, „Psychosomatic-Somatopsychic Aspects of Multiple Sclerosis“, în *Multiple Sclerosis: A Neuropsychiatric Disorder,* U. Halbriech (ed.), nr. 37, seria *Progress in Psychiatry,* American Psychiatric Press, Washington, D.C./Londra.

8 V. Mei-Tal, „The Role of Psychological Process in a Somatic Disorder: Multiple Sclerosis", *Psychosomatic Medicine,* voi. 32, nr. 1, 1970, p. 68.

2 G.S. Philippopoulous, „The Etiologic Significance of Emoțional Factors in Onset and Exacerbations of Multiple Sclerosis", *Psychosomatic Medicine,* voi. 20, 1958, pp. 458—474.

10 V. Mei-Tal, *op. cit.,* p. 73.

H I. Grant, „Severely Threatening Events and Marked Life Difficulties Preceding Onset or Exacerbation of Multiple Sclerosis", *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,* voi. 52, 1989, pp. 8-13. Un procent de 77% din grupul cu SM, spre deosebire de 35% din grupul de control, a trecut prin greutăți de viață în anul anterior apariției bolii. „Excesul de stres semnificativ al vieții a fost evident cu șase luni înainte de declanșare, când 24 din 39 dintre pacienții cu scleroză multiplă (62%) au raportat un eveniment grav amenințător, comparativ cu șase din 40 din grupul de control (15%). Un număr semnificativ mai mare de pacienți decât cel din grupul de control a avut probleme conjugale (49%, față de 10%). Intr-un număr de 18 din 23 cazuri noi și 12 din 16 cazuri recidivante s-au raportat greutăți semnificative."

12 J.D. Wilson, *Harriiorii Principiei of Internai Medicine,* ed. a 12-a, McGraw-Hill, New York, 1999, p. 2039.

13 LJ. Rosner, *Multiple Sclerosis: New Hope and Practicai Advice for People with MS and Their Families,* Fireside Publishers, New York, 1992, p.l 5.

14 E. Chelmicka-Schorr și B.G. Arnason, „Nervous System-Immune System Interactions and Their Role in Multiple Sclerosis", *AnnaU ofNeurology,* supliment la voi. 36, 1994, S29-S32.

15 . E. Wilson, *Jacqueline du Pre,* Faber and Faber, Londra, 1999, p. 160.

16 Hilary du Pre și Piers du Pre, *A Geniui in the Family: An Intimate Memoir of Jacqueline du Pre,* Vintage, New York, 1998.

iz E. Wilson, loc. cit.

CAPITOLUL 3

Stresul și competența emoțională

„între o ființă vie și mediul înconjurător, între o ființă vie și alta se derulează un schimb reciproc care durează încă din zorii vieții din oceanele preistorice", a scris Hans Selye în *The Stress of Life.*— Interacțiunile cu alte ființe umane - în special interacțiunile emoționale - ne afectează funcționarea biologică în nenumărate moduri subtile și aproape în fiecare moment al vieții. Sunt factori decisivi ai sănătății, după cum vom vedea în această carte. înțelegerea echilibrului complicat al relațiilor dintre dinamica noastră psihică, mediul emoțional și fiziologie este crucială pentru starea noastră de bine. „S-ar putea să pară ciudat", scria Selye. „Ai crede că nu există nicio relație imaginabilă între comportamentul celulelor noastre, de exemplu în inflamație, și cel din viața de zi cu zi. Nu sunt de acord."[12]

în ciuda celor sase decenii de cercetări științifice care au trecut de la activitatea revoluționară a lui Selye, impactul fiziologic al emoțiilor este încă departe de a fi apreciat deplin. Abordarea medicală a sănătății și a bolilor continuă să presupună că mintea și corpul pot fi separate unul de celălalt și de mediul în care există. Combinarea acestor erori reprezintă o definiție îngustă și simplistă a stresului.

Gândirea medicală asociază de obicei stresul cu evenimente extrem de tulburătoare, dar izolate, cum ar fi șomajul brusc, destrămarea căsătoriei sau moartea unei persoane dragi. Aceste evenimente majore sunt pentru mulți surse puternice de stres, dar există tensiuni cronice în viața de zi cu zi care sunt mai insidioase și mai dăunătoare în consecințele lor biologice pe termen lung. Stresul generat intern își face simțit efectele fără a se da în niciun fel impresia că este ieșit din comun. Pentru cei obisnuiti cu niveluri ridicate de stres încă din copilărie, absența stresului este cea care creează neliniște, evocând plictiseala și un sentiment de lipsă de sens. Oamenii devin dependenți de propriii hormoni de stres, adrenalină și cortizol, a observat Hans Selye. Pentru astfel de persoane, stresul se consideră de dorit, în timp ce absența lui se dorește evitată. *9*

Când oamenii își descriu stresul, asta înseamnă de obicei agitația nervoasă pe care o întâmpină în condiții de cerere excesivă - cel mai frecvent în domeniul muncii, familiei, relațiilor, finanțelor sau sănătății. Dar senzațiile de tensiune nervoasă nu definesc stresul - și, mai exact spus, nu sunt întotdeauna percepute atunci când persoanele sunt stresate. Stresul, așa cum îl vom defini, nu este o chestiune subiectivă. Este o serie măsurabilă de evenimente fiziologice ale organismului, care implică creierul, aparatul hormonal, sistemul imunitar și multe alte organe. Atât animalele, cât și oamenii pot fi stresați fără să sesizeze prezența stresului.

„Stresul nu este doar o tensiune nervoasă", a arătat Selye. „Reacțiile de stres apar la animale și chiar la plantele care nu au sisteme nervoase. [...] Intr-adevăr, stresul poate fi provocat sub anestezia profundă la pacienții în stare de inconștiență, ba chiar și în culturi celulare cultivate în afara corpului."— In mod similar, stresul apare la persoanele complet treze, aflate în strânsoarea emoțiilor inconștiente sau întrerupte de la reacțiile corpului lor. Fiziologia stresului poate fi declanșată fără efecte observabile asupra comportamentului și fără o conștientizare subiectivă, după cum s-a arătat în experimentele pe animale și în studiile pe oameni.

Atunci, ce este stresul? Selye - a inventat cuvântul în utilizarea sa actuală și a descris cu falsă mândrie cum *der stress, le stress* și *lo stress* au intrat în limbile germană, franceză și, respectiv, italiană - a văzut stresul ca pe un proces biologic, o serie amplă de evenimente din organism, indiferent de cauză sau de conștientizarea subiectivă. Stresul constă în modificările interne - vizibile sau *9*

nu - care apar atunci când organismul percepe o amenințare la adresa existenței sau a stării de bine. Deși tensiunea nervoasă este o componentă a stresului, cineva poate fi stresat fără să simtă tensiune. Pe de altă parte, este posibil să simți tensiune fără să activezi mecanismul fiziologic al stresului.

In căutarea unui cuvânt care să surprindă sensul schimbărilor fizice pe care le-a observat în experimentele sale, Selye „s-a împiedicat de termenul de *stres,* care fusese folosit mult timp în engleza orală și în special în inginerie pentru a indica efectele unei forțe care acționează împotriva unei rezistențe". El dă exemplul modificărilor induse într-o bandă de cauciuc întinsă sau într-un arc de oțel sub presiune. Aceste modificări pot fi

observate cu ochiul liber sau devin evidente numai în cazul examinării microscopice.

Analogiile lui Selye ilustrează un punct important de pornire: stresul excesiv apare atunci când cererile adresate unui organism depășesc capacitățile rezonabile ale organismului respectiv de a le îndeplini. Clema benzii de cauciuc plesnește, arcul se deformează. Răspunsul la stres poate fi declanșat fie prin deteriorări fizice, fie prin infecție sau vătămare. El poate fi declanșat și de traume emoționale sau doar de amenințarea unor astfel de traume, chiar dacă numai imaginare. Reacțiile la stresul fiziologic sunt declanșate atunci când amenințarea este în afara conștientizării sau chiar atunci când persoana respectivă crede că este stresată într-un mod „bun“.

Alan, un inginer în vârstă de 47 de ani, a fost diagnosticat cu cancer de esofag - tubul de înghițire care transportă mâncarea de la gât până în stomac - cu câțiva ani în urmă. El a vorbit despre „stresul bun“ atunci când a descris existența neobosită și auto-motivată pe care o trăise în anul dinainte de a fi diagnosticată malignitatea lui. Acest „stres bun“ nu numai că a ajutat la subminarea sănătății sale, ci a servit și ca o distragere a atenției de la problemele dureroase din viața sa, care erau tot surse constante de perturbare fiziologică a sistemului său.

Partea inferioară a esofagului lui Alan a fost îndepărtată împreună cu partea superioară a stomacului, invadată de tumoare. Deoarece cancerul se răspândise în mai mulți ganglioni limfatici din afara intestinelor, a primit cinci ședințe de chimioterapie. Celulele albe din sânge erau atât de epuizate, încât o altă rundă de chimioterapie l-ar fi ucis.

Nefiind fumător sau băutor, era șocat de diagnostic, deoarece crezuse mereu că ducea o viață sănătoasă. Dar a crezut mult timp că are un „stomac slab". Suferea adesea de indigestie și de arsuri, un simptom al refluxului de acid gastric în esofag. Căptușeala esofagului nu este făcută să reziste la baia corozivă de acid clorhidric secretat în stomac. O supapă musculară între cele două organe și mecanismele neurologice complexe asigură faptul că alimentele se pot deplasa în jos de la gât la stomac fără a permite acidului să curgă înapoi în sus. Refluxul gastroesofagian poate deteriora suprafața esofagului inferior, predispunându-1 la schimbări maligne.

Nefiind genul care se plânge, Alan le-a menționat medicilor această problemă doar o dată. El gândește repede, vorbește repede, face totul pe repede înainte. De fapt, credea, destul de plauzibil, că obiceiul său de a mânca pe fugă era responsabil pentru arsurile la stomac. Cu toate acestea, producția excesivă de acid cauzată de stres și aportul neuronal dezordonat al sistemului nervos vegetativ joacă și ele un rol în reflux. Partea vegetativă a sistemului nervos nu se află sub controlul nostru conștient și, așa cum sugerează și numele său, este responsabilă pentru multe funcții automate ale corpului, cum ar fi ritmul cardiac, respirația și contracțiile musculare ale organelor interne.

L-am întrebat pe Alan dacă în perioada premergătoare diagnosticului stresul facea parte din viața lui. „Da. Am fost stresat, dar există două tipuri de stres. Există un stres rău și unul bun.“ In estimarea lui Alan, „stresul rău“ a fost lipsa totală de intimitate timp de zece ani în căsătoria cu Shelley. El consideră că este principalul motiv pentru care cuplul nu a avut copii. „Ea are pur și simplu câteva probleme grave. Din cauza imposibilității ei de a fi romantică, intimă și toate lucrurile de care am nevoie, frustrările mele în ceea ce privește căsătoria au ajuns la apogeul absolut în momentul în care am făcut cancer. Am simțit că acela a fost un lucru cu adevărat important." „Stresul bun“, din punctul de vedere al lui Alan, provine din munca sa. In anul care a precedat diagnosticul, a lucrat unsprezece ore pe zi, șapte zile pe săptămână. L-am întrebat dacă a spus vreodată nu la ceva.

- Niciodată. De fapt, îmi place să fiu solicitat. Aproape că nu am spus niciodată da cu un regret profund. îmi place să fac lucruri, îmi place să accept responsabilități. Cineva trebuie să le semnaleze și gata, m-a prins.

- Dar de când cu cancerul?

- Am învățat să spun nu - o spun tot timpul. Vreau să trăiesc! Cred că a spune nu joacă un rol important în îmbunătățirea situației. Acum patru ani mi-au dat o șansă de supraviețuire de 15%. Am luat hotărârea conștientă să trăiesc și am stabilit un termen undeva între cinci și șapte ani.

- Ce vrei să spui?

- Cinci ani ar trebui să fie termenul magic, dar știu că este arbitrar. Cred că voi trișa și voi mai primi doi ani. Apoi, după șapte...

- Spui că după șapte ani poți să te întorci din nou la viața nebună?

- Da, aș putea. Nu știu.

- Mare greșeală!

- Probabil - vom mai vorbi despre asta. Dar acum sunt băiat bun. Chiar sunt. Spun nu tuturor.

Experiența stresului are trei componente. Primul este evenimentul, fizic sau emoțional, pe care organismul îl interpretează ca amenințare. Acesta este stimulul stresului, denumit și *factor de stres.* Al doilea element este sistemul de procesare care interpretează semnificația factorului de stres. In cazul ființelor umane, acest sistem de prelucrare este sistemul nervos, în special creierul. Elementul constitutiv final rămâne răspunsul la stres, care constă în diferitele ajustări fiziologice și comportamentale efectuate ca reacție la o amenințare percepută.

înțelegem imediat că definiția unui factor de stres depinde de sistemul de procesare care îi atribuie semnificația. Șocul unui cutremur este o amenințare directă la adresa multor organisme, totuși nu pentru o bacterie. Pierderea unui loc de muncă este mai stresantă în cazul unui salariat a cărui familie trăiește de)

la o lună la alta decât pentru un director care primește o strângere de mână călduroasă.

La fel de importante sunt personalitatea și starea psihică ale unei persoane asupra căreia acționează un factor de stres. Directorul, a cărui siguranță financiară este asigurată la încetarea contractului, poate încă să treacă printr-un stres sever dacă stima de sine și scopul său au fost complet legate de poziția în companie, în comparație cu un coleg care pune mai mult preț pe viața de familie, interese sociale sau preocupări spirituale. Pierderea locului de muncă va fi percepută ca o amenințare majoră de către cel în cauză, pe când altul ar putea să o considere o oportunitate. Nu există o

relație uniformă și universală între factorul de stres și răspunsul la stres. Fiecare eveniment stresant este singular și trăit în prezent, dar are și rezonanța lui din trecut. Intensitatea experienței stresante și consecințele sale pe termen lung depind de mulți factori unici fiecărei persoane. Ceea ce definește stresul pentru fiecare dintre noi este o chestiune de dispoziție personală și, mai mult, de istorie personală.

Selye a descoperit că biologia stresului afectează în mod predominant trei tipuri de țesuturi sau organe. In sistemul hormonal, au avut loc modificări vizibile ale glandelor suprarenale; în sistemul imunitar, stresul a afectat splina, timusul și glandele limfatice și în sistemului digestiv, căptușeala intestinală. Șobolanii autopsiați după stres au avut adrenalele mărite, organele limfatice micșorate si intestinele ulcerate. *9* *9*

Toate aceste efecte sunt generate de căile sistemului nervos central și de hormoni. Există mulți hormoni în organism, substanțe chimice solubile care afectează funcționarea organelor, țesuturilor și celulelor. Atunci când o substanță chimică este secretată în circulație de către un organ pentru a influența funcționarea altuia, aceasta este numită hormon endocrin. In ceea ce privește percepția unei amenințări, hipotalamusul din trunchiul cerebral eliberează hormonul eliberator de corticotropină (CRH), care se deplasează pe o distanță scurtă până la pituitară, o glandă endocrină mică, încorporată în oasele de la baza craniului. Stimulată de CRH, pituitara eliberează hormonul adrenocorticotrop (ACTH).

Pe de altă parte, ACTH este transportat de sânge la glandele suprarenale, organe mici ascunse în țesutul gras deasupra rinichilor. Aici, ACTH acționează asupra cortexului suprarenal, un strat subțire de țesut care funcționează în sine ca glandă endocrină. Stimulată de ACTH, această glandă secretă acum hormonii corticosteroizi (de la „cortex“), cel mai important dintre ei fiind cortizolul. Cortizolul acționează asupra tuturor țesuturilor din organism, într-un fel sau altul - de la creier la sistemul imunitar, de la oase la intestine. Este o parte importantă a sistemului infinit și complicat de verificări și echilibre fiziologice prin care corpul își găsește răspunsul la amenințare. Efectele imediate ale cortizolului sunt de a tempera reacția la stres, reducând activitatea imunitară pentru a o menține în limite sigure.

Legătura funcțională formată din glandele hipotalamus, hipofiză și suprarenală este denumită *axa HPA.* Axa HPA este centrul mecanismului de stres al corpului. Este implicată în multe dintre bolile cronice pe care le vom explora în capitolele următoare. Deoarece hipotalamusul se află în comunicare bidirecțională cu centrii cerebrali care procesează emoțiile, emoțiile își exercită efectele directe asupra sistemului imunitar și asupra altor organe prin intermediul axei HPA.

Triada lui Selye din suprarenalele mărite, contracția țesuturilor limfoide și ulcerațiile intestinale este cauzată de efectul stimulator al ACTH asupra suprarenalelor, efectul inhibitor al cortizolului asupra sistemului imunitar și cel de ulcerație al cortizolului asupra intestinelor. Multe persoane cărora le sunt prescrise medicamente de tip cortizol în tratament - cei care suferă de astm, colită, artrită sau cancer - sunt expuse riscului de sângerate intestinală și au nevoie de alte medicamente pentru a proteja mucoasa intestinului. Acest efect al cortizolului explică și motivul pentru care stresul cronic ne face mai sensibili la dezvoltarea ulcerelor intestinale. Cortizolul are, de asemenea, acțiuni puternice de subțiere a oaselor. Persoanele deprimate secretă niveluri ridicate de cortizol, fiind mai predispuse să dezvolte osteoporoză și fracturi de șold.

Această descriere sumară a reacției la stres este inevitabil incompletă, deoarece stresul afectează și implică practic fiecare țesut din corp. După cum a menționat Selye: „Un plan general al răspunsului la stres nu va trebui să includă numai creierul și nervii, hipofiza, suprarenalele, rinichii, vasele de sânge, țesutul conjunctiv, tiroida și celulele albe din sânge, ci va trebui să indice și legăturile multiple dintre acestea."— Stresul acționează asupra multor celule și țesuturi din sistemul imunitar în mare parte necunoscute atunci când Selye își desfășură cercetările de pionierat. De asemenea, în reacția de alarmă imediată la amenințare sunt implicate inima, plămânii, mușchii scheletici și centrii emoționali din creier.

Trebuie să dăm un răspuns la stres pentru a menține stabilitatea internă. Răspunsul la stres nu este specific. Poate fi declanșat ca reacție la orice atac -fizic, biologic, chimic sau psihic - sau ca răspuns la orice *percepție* a unui atac sau a unei amenințări conștiente sau inconștiente. Esența amenințării este >)) > > perturbarea homeostazei organismului, gama relativ restrânsă

de constante fiziologice în care organismul poate supraviețui și funcționa. Pentru a facilita lupta sau fuga, sângele trebuie deviat de la organele interne la mușchi, iar inima trebuie să pompeze mai repede. Creierul se concentrează asupra amenințării, uitând foamea sau impulsurile sexuale. Sunt mobilizate resurse de energie stocate sub formă de molecule de zahăr. Celulele imune sunt activate. Adrenalina, cortizolul și alte substanțe specifice stresului îndeplinesc aceste sarcini.

Toate aceste funcții trebuie păstrate în limite sigure: prea mult zahăr în sânge va cauza coma; un sistem imunitar supra-activ va produce substanțe chimice toxice. Astfel, răspunsul la stres poate fi înțeles nu numai ca reacție a organismului la amenințare, ci și ca o încercare de a menține homeostaza în fața amenințării. In cadrul unei conferințe despre stres la National Institutes of Health (SUA), cercetătorii au folosit ideea de mediu intern stabil pentru a defini stresul „ca stare de dizarmonie sau de homeostază amenințată"—. Conform acestei definiții, un factor de stres este „o amenințare reală sau percepută care tinde să perturbe homeostaza"[22].

Ce au în comun toți factorii de stres? In cele din urmă, toți reprezintă absența unui element pe care organismele îl consideră necesar pentru supraviețuire - sau amenințarea pierderii ei. Amenințarea pierderii hranei este un factor de stres major. La fel este - pentru oameni - amenințarea pierderii iubirii. „Se poate spune fără ezitare că, pentru om, cei mai importanți factori de stres sunt cei emoționali"—, a scris Hans Selye.

Literatura de specialitate a identificat trei factori care conduc în mod universal la stres: *incertitudinea, lipsa de informații și pierderea controlului.*^ Toate sunt prezente în viața persoanelor cu boli cronice. Mulți oameni au iluzia că dețin controlul, doar pentru a afla mai târziu că forțe necunoscute lor le-au condus alegerile și comportamentele mulți, mulți ani. Am descoperit acest lucru în viața mea. Pentru unii, boala este cea care, în cele din urmă, spulberă iluzia controlului.

Gabrielle are 58 de ani și activează într-o asociație locală a pacienților cu sclerodermie. Ochii ei mari în mod natural sunt măriți de efectul pielii foarte întinse pe față, zâmbetul ei fiind o mișcare abia perceptibilă a buzelor peste dinții perfect albi. Degetele sale înguste au transluciditatea ceroasă caracteristică sclerodermiei, dar prezintă și unele deformări din cauza

artritei reumatoide. Câteva degete au „alunecat" de la centru și sunt umflate la articulații. Gabrielle a fost diagnosticată cu sclerodermie în 1985. De obicei, debutul bolii este lent și insidios, dar primele simptome au apărut la fol de brusc ca gripa - probabil pentru că, în cazul ei, sclerodermia este asociată cu o artrită reumatoidă generalizată. ,^m fost foarte, foarte bolnavă aproape un an“, își amintește ea. „In primele cinci sau șase luni abia am reușit să mă dau jos din pat. A fost un efort să mă ridic și să fac orice din cauza durerii fiecărei articulații. Am reacționat bine la un antiinflamator sau la Tylenol 3 poate timp de trei sau patru săptămâni. Apoi nu mai fi fost eficient, așa că am schimbat și am încercat altceva. Nu am putut mânca. In cinci săptămâni, am slăbit 13,6 kilograme. Am ajuns la 41 de kilograme. [...] Am citit în diferite articole că oamenii care au sclerodermie sunt cei care au avut mereu nevoie să simtă că dețin controlul. Toată viața am fost responsabilă, având grijă de toate. Brusc, odată cu boala, ești total lipsit de control."

Poate părea paradoxal să afirmi că stresul, un mecanism fiziologic vital pentru viață, este o cauză a bolii. Ca să rezolvăm această aparentă contradicție, trebuie să facem diferența între *stresul acut* si *stresul cronic.* Stresul acut >)

reprezintă reacția imediată și pe termen scurt a organismului la amenințare. Stresul cronic înseamnă activarea mecanismelor de stres pe lungi perioade în care o persoană este expusă la factori de stres de care nu poate scăpa, fie pentru că nu îi recunoaște, fie pentru că nu are niciun control asupra lor.

Descărcările sistemului nervos, producția hormonală și modificările imunitate constituie reacțiile de luptă-sau-fugi care ne ajută să supraviețuim pericolului imediat. Aceste răspunsuri biologice sunt adaptabile în situațiile de urgență pentru care natura le-a proiectat. Dar aceleași reacții de stres, declanșate cronic și fără rezoluție, produc pagube și chiar daune permanente. Nivelurile ridicate de cortizol cronic distrug țesutul. Nivelurile ridicate cronic de adrenalină cresc tensiunea arterială si afectează inima.)

Există documentație stufoasă privind efectul inhibitor al stresului cronic asupra sistemului imunitar. Intr-un studiu, activitatea celulelor imune denumite celule naturale ucigașe (NK) a fost comparată la două grupuri de îngrijitori soț/soție ai persoanelor cu boala Alzheimer și grupul de control

corespunzător ca vârstă și sănătate. Celulele NK sunt trupe din prima linie în lupta împotriva infecțiilor și a cancerului, având capacitatea de a ataca microorganisme invadatoare și de a distruge celulele cu mutații maligne. Funcționarea celulelor NK a îngrijitorilor a fost mult suprimată, chiar și în cazul celor ai căror soți muriseră cu trei ani în urmă. îngrijitorii care au raportat niveluri mai scăzute de sprijin social au arătat și cea mai mare scădere a imunității - la fol cum cei mai singuratici studenți din domeniul medical au avut cele mai afectate sisteme imunitate din cauza stresului provocat de examene.

Un alt studiu asupra îngrijitorilor a evaluat eficacitatea imunizării împotriva gripei. în acest studiu, 80% din grupul de control fără stres a dezvoltat imunitate împotriva virusului, dar numai 20% dintre îngrijitorii de bolnavi cu Alzheimer au putut face acest lucru. Stresul unei îngrijiri neîntrerupte a inhibat sistemul imunitar și a permis vulnerabilitatea la gripă.— Cercetările au indicat, de asemenea, întârzieri legate de stres în regenerarea țesuturilor. Vindecarea leziunilor la îngrijitorii de Alzheimer a durat în medie cu nouă zile mai mult decât ale celor din grupul de control.

Nivelurile mai ridicate de stres cauzează o ieșire mai mare de cortizol prin axa HPA, iar cortizolul inhibă activitatea celulelor inflamatorii implicate în vindecarea plăgilor. Studenții de la stomatologie aveau o rană făcută intenționat în cerul gurii când se confruntau cu examenele de imunologie și din nou una în vacanță. în toate aceste cazuri, rana se vindeca mai repede vara. Sub impactul stresului, celulele albe produceau mai puțin dintr-o substanță esențială vindecării. >

Legătura adesea observată între stres, imunitate și boală a dat naștere ideii de „tulburare de adaptare", o sintagmă a lui Hans Selye. Se susține că reacția luptă-sau-fugi a fost indispensabilă într-o epocă în care primele ființe umane au trebuit să înfrunte o lume naturală a prădătorilor și alte pericole. în societatea civilizată însă reacția luptă-sau-fugi se declanșează în situații în care nu este nici necesară, nici utilă, deoarece nu mai avem de-a face cu aceleași amenințări mortale. Mecanismele de stres fiziologic ale organismului sunt adesea declanșate necorespunzător, ducând la apariția bolilor.

Există un alt mod de a privi asta. Reacția luptă-sau-fugi există astăzi în același scop care i-a fost atribuit inițial: pentru a ne permite să supraviețuim. S-a întâmplat însă că am pierdut legătura cu instinctele concepute să fie sistemul nostru de avertizare. Corpul alcătuiește un răspuns la stres, dar mintea nu recunoaște amenințarea. Ne menținem în situații stresante fiziologic, cu o conștientizare redusă a stresului sau cu o lipsă de conștientizare. Așa cum a subliniat Selye, factorii de stres din viața majorității oamenilor de astăzi - cel puțin în lumea industrializată - sunt emoționali. La fel ca animalele de laborator incapabile să scape, oamenii rămân prinși în stiluri de viață și în modele emoționale dăunătoare sănătății lor. Cu cât dezvoltarea economică este mai mare, se pare, cu atât suntem mai imuni la realitățile noastre emoționale. Nu mai simțim ce se întâmplă în organismele noastre și, prin urmare, nu putem acționa pentru autoconservare. Fiziologia stresului ne macină organismele nu pentru că și-a depășit utilitatea, ci pentru că s-ar putea să nu mai avem competența să îi recunoaștem semnalele.

La fel ca stresul, emoția este o idee pe care o invocăm adesea fără un sens precis al semnificației sale. Și, la fel ca stresul, emoțiile au mai multe componente. Psihologul Ross Buck distinge trei niveluri de răspunsuri emoționale, pe care le numește Emoția I, Emoția II și Emoția III, clasificate în funcție de gradul în care suntem conștienți de ele.

Emoția III este experiența subiectivă, din interior. Așa simțim noi. In trăirea Emoției III, există o conștientizare a stării emoționale, cum ar fi furia, bucuria sau frica, și senzațiile corporale care o însoțesc. Emoția II cuprinde afișările noastre emoționale, așa cum sunt văzute de alții, cu sau fără conștientizarea noastră. Este semnalată prin limbajul corpului - „semnale non-verbale, tonurile vocii, gesturi, expresii faciale, atingeri scurte și chiar sincronizarea între evenimente și pauzele dintre cuvinte. [Ele] pot avea consecințe fiziologice plasate adesea în afara conștiinței participanților“.— Este destul de obișnuit ca o persoană să uite emoția pe care o comunică, chiar dacă este clar citită de cei din jurul său. Exprimările Emoției II îi afectează cel mai mult pe oamenii din jur, indiferent de intențiile noastre.

De asemenea, manifestările Emoției II la un copil sunt și cele pe care părinții sunt cel mai puțin capabili să le tolereze dacă sentimentele

manifestate provoacă prea multă îngrijorare în ei. După cum subliniază dr. Buck, un copil ai cărui părinți pedepsesc sau inhibă efortul emoțional va fi condiționat să răspundă prin reprimarea unor emoții similare în viitor. Izolarea sinelui servește la prevenirea rușinii și a respingerii. în astfel de condiții, scrie Buck: „Competența emoțională va fi compromisă. [...] Individul nu va ști în viitor cum să se descurce eficient cu sentimentele și dorințele implicate. Rezultatul va fi un fel de neputință.

Literatura despre stres documentează amplu că neputința, reală sau percepută, este un factor puternic de declanșare a răspunsurilor biologice la stres. Neputința învățată este o stare psihică în care subiecții nu se eliberează din situații stresante, chiar dacă au posibilitatea fizică să facă acest lucru. Oamenii se află adesea în situația unei neajutorări învățate - de exemplu, cineva care se simte blocat într-o relație disfuncțională sau chiar abuzivă, într-o slujbă stresantă sau într-un stil de viață care îl privează de libertatea adevărată.

Emoția I cuprinde modificările fiziologice declanșate de stimuli emoționali, cum ar fi descărcările sistemului nervos, producția hormonală și modificările imunitate care constituie reacția luptă-sau-fugi ca răspuns la amenințare. Aceste răspunsuri nu se află sub control conștient și nu pot fi observate direct din exterior. Ele pur și simplu au loc. Pot apărea în absența unei conștientizări subiective sau a unei exprimări emoționale. Adaptabile în situația de amenințare acută, aceleași reacții de stres sunt dăunătoare atunci când se declanșează cronic, fără ca persoana să poată acționa în vreun fel pentru a învinge amenințarea percepută sau pentru a o evita.

Autoreglarea, scrie Ross Buck, „presupune împlinirea *competenței emoționale,* care este definită ca puterea de a trata în mod adecvat și satisfăcător propriile sentimente și dorințe".[22] Competența emoțională presupune capacități care adesea lipsesc din societatea noastră, unde „cool“ - absența emoției - este etica predominantă, unde copiii aud adesea „nu fi atât de emotivă" și „nu fi atât de sensibil" și unde rațiunea este considerată, în general, antiteza preferată emoției. Simbolul cultural idealizat al rațiunii este Mr. Spock, personajul vulcanian paralizat afectiv din *Star Trek.*

Competența emoțională necesită:

- capacitatea de a ne simți emoțiile, astfel încât să fim conștienți când ne confruntăm cu stresul;

- capacitatea de a ne exprima sentimentele în mod eficient și, prin urmare, de a ne afirma nevoile și de a menține integritatea granițelor emoționale;

- posibilitatea de a distinge între reacțiile psihice relevante pentru situația actuală și reziduurile din trecut; ceea ce dorim și cererea din partea lumii trebuie să fie în conformitate cu nevoile noastre actuale, nu cu nevoile inconștiente, nesatisfăcute din copilărie; dacă granițele dintre trecut și prezent se estompează, percepem pierderea sau amenințarea pierderii acolo unde nu există;

- conștientizarea acestor nevoi reale care necesită satisfacție, mai degrabă decât reprimare, în scopul obținerii acceptării sau aprobării altora.

Stresul apare în absența acestor criterii și întrerupe homeostaza. Perturbarea cronică duce la o stare de sănătate precară. In fiecare istoric individual de boală din această carte, unul sau mai multe aspecte ale competenței emoționale erau compromise semnificativ, de obicei în moduri complet necunoscute persoanei implicate. Competența emoțională este ceea ce trebuie să dezvoltăm dacă dorim să ne protejăm de stresul ascuns care creează un risc pentru sănătate și ceea ce trebuie să recâștigăm dacă vrem să ne vindecăm. Trebuie să încurajăm competența emoțională a copiilor noștri, fiindcă e cea mai bună prevenție.

Note:

18 H. Selye, *op. cit.*

19 *Ibidem,* p. 414.

20 *Ibidem,* p. 62.

21 *Ibidem,* p. 150.

22 E.M. Sternberg, „The Stress Response and the Regulation of Inflammatory Disease“, *Annals of Internai Medicine,* voi. 17, nr. 10, 15 noiembrie 1992, p. 855.

23 A. Kusnecov și B.S. Rabin, „Stressor-Induced Alterations of Immune Function: Mechanisms and Issues“, *International Archives ofAllergy and Immunology,* voi. 105, 1994, p. 108.

24 H. Selye, *op. cit.,* p. 370.

25 . S. Levine și H. Ursin, „What Is Stress?“, în *Psychobiology of Stress,* S. Levine și H. Ursin (ed.), Academic Press, New York, p. 17.

26 W.R. Malarkey, „Behavior: The Endocrine-Immune Interface and Health Outcomes“, în *Everyday Biologicul Stress Mechanisms,* T. Theorell (ed.)> voi. 22, Karger, Basel, 2001, pp. 104-115.

2Z M.A. Hofer, „Relationships as Regulators: A Psychobiologic Perspective on Bereavement“, *Psychosomatic Medicine,* voi. 46, nr. 3, mai-iunie 1984, p. 194.

28 R. Buck, „Emoțional Communication, Emoțional Competence, and Physical Illness: A Developmental-Interactionist View“, în *Emoțional Expressiveness, Inhibition and Health,* J. Pennebaker și H. Treve (ed.), Hogrefe and Huber, Seattle, 1993, p. 38.

29 *Ibidem.*

CAPITOLUL 4 îngropată de vie

Alexa și soțul ei, Peter, își doreau o a doua părere. O condamnare la moarte fusese pronunțată asupra ei și sperau ca eu să o anulez. Alexa era învățătoare și avea puțin peste 40 de ani. In anul precedent întâlnirii noastre, mușchii mici ai mâinilor ei începuseră să se zbată și îi era din ce în ce mai greu să apuce obiecte. De asemenea, avea și căderi inexplicabile. I-a cerut sfatul doctorului Gordon Neufeld, un specialist în psihologia dezvoltării din Columbia Britanică, pe care ea ajunsese să îl cunoască prin activitatea de consultanță din cadrul școlii. Crezând că era „doar stresul", a evitat să ia în considerare o explicație medicală. Alexa s-a silit să își continue îndatoririle profesionale. Ea sa luptat să mențină rutina dincolo de orice punct rezonabil, depășind cu mult linia pe care majoritatea oamenilor ar trage-o având grijă de ei. Dr. Neufeld își amintește: „Lucra incredibil de mult și era foarte ocupată. Nu am văzut niciodată pe nimeni trăgând de el așa, până la limită, cum o facea ea."

Pentru că abia putea ține stiloul sau creionul în mână, Alexa stătea adesea până după miezul nopții pentru a completa zilnic notarea temelor elevilor. Dimineața se trezea la 5:30 pentru a ajunge la școală destul de devreme ca să se târască la tablă pentru lecția zilei, cu creta strânsă în pumnul închis. întrucât starea ei s-a deteriorat în continuare, a acceptat în cele din urmă o recomandare către cineva recunoscut internațional în domeniul sclerozei laterale amiotrofice, dr. Andrew Eisen. Testarea electrofiziologică și examenul clinic nu au lăsat nicio urmă de îndoială că pacienta avea SLA. în acest moment, Peter și Alexa m-au rugat să revizuiesc dovezile medicale, sperând că voi descoperi ceva care să conteste opinia specialistului - sau, mai precis, sperând că le voi sprijini convingerea că simptomele sunt legate pur și simplu de stres. Diagnosticul a fost decisiv - așa cum a spus dr. Eisen, „un caz clasic".

în SLA, neuronii motori și celulele nervoase care inițiază și controlează mișcarea musculară mor treptat. Fără descărcările electrice din nervi, mușchii se atrofiază. Așa cum explică site-ul web al ALS Society: *„N-miotrofic* vine din limba greacă. «A» înseamnă nu, sau negativ. «Mio» se

referă la mușchi, iar «trofic» înseamnă alimentație - «fără hrănirea mușchilor». Atunci când un >)

mușchi nu este hrănit, «se atrofiază» sau se pierde. «Lateral» înseamnă că se identifică zonele din măduva spinării în care sunt localizate porțiuni din celulele nervoase care hrănesc mușchii. Deoarece această zonă degenerează, se ajunge la cicatrizare sau întărire («scleroză») a țesutului.“

Simptomele inițiale depind de zona măduvei spinării sau de trunchiul cerebral unde boala lovește mai întâi: oamenii pot suferi de spasme musculare sau crampe, pierderea vorbirii normale sau pot avea dificultăți la înghițire. Mobilitatea și mișcarea membrelor se pierd în cele din urmă, la fel ca vorbirea, înghițirea și capacitatea de a trimite aerul în și din plămâni. în ciuda câtorva cazuri de recuperare raportate, decesul precoce este de obicei inevitabil. Aproximativ 50% dintre pacienți cedează în decurs de cinci ani, deși unii supraviețuiesc mult mai mult. Cosmologul britanic Stephen Hawking, autorul cărții *Scurtă istorie a timpului*^-, a trăit cu acest diagnostic zeci de ani -din motive pe care le vom scoate la lumină atunci când vom analiza exemplul său. Spre deosebire de alte boli degenerative ale sistemului nervos, pacienții cu SLA pierd controlul muscular fără a suferi un declin intelectual. După cum se afirmă într-un document de cercetare realizat de Susannah Horgan, psihologă din Calgary: „Majoritatea poveștilor pacienților transmit eforturile de gestionare a combinației dintre o minte intactă și un corp afectat.

Nu se cunoaște ce provoacă degenerarea neurologică din SLA. Există unele dovezi că și sistemul imunitar este implicat, inclusiv o disfuncție a celulelor din sistemul nervos care au un rol imunitar. O clasă de celule numite *microglia* au un rol protector în creier, dar atunci când sunt supra-stimulate, acestea devin distructive. Un articol din *Scientific American* din 1995 a menționat date preliminare tentante care indică faptul că microglia sunt posibile declanșatoare ale sclerozei multiple, bolii Parkinson și SLA.[22]

Alexa și Peter se luptau în disperarea lor să își gândească drumul dincolo de situația tragică. Peter, un inginer pensionat, s-a împotmolit în detalii de electrofiziologie musculară, citând cercetări cu rezultate stranii și propunând teorii care i-ar fi făcut măciucă părul unui expert. își întrerupea adesea soția când aceasta îmi răspundea la o întrebare; ea, la rândul ei,

arunca priviri piezișe, ca pentru aprobare, în timp ce răspundea. Era evident că el considera perspectiva morții Alexei înspăimântătoare și, de asemenea, ea părea să nege diagnosticul mai mult de dragul lui decât al ei. M-am simțit de parcă mă angajasem într-o conversație nu cu doi indivizi separați, ci cu unul care avea două corpuri. Dr. Neufeld spune: „Alexa nu își permitea să gândească separat. Nu își permitea să spună nimic despre Peter care să indice că este o persoană separată de el."

De asemenea, era dureros de evidentă incapacitatea Alexei de a avea un limbaj emoțional. Pur și simplu nu avea vocabularul necesar ca să își exprime sentimentele direct. Oricărei întrebări legate de emoție i se răspundea prin gânduri transmise într-un mod foarte articulat, dar confuz. Ea percepea lumea prin idei abstracte, în loc de experiențe resimțite. „Toate emoțiile păreau complet înghețate", confirmă Neufeld.

Pe Alexa o încremenea teama ei copleșitoare de abandon. Abandonată de părinții naturali, nu stabilise niciodată o legătură cu mama ei adoptivă. „Nu a existat nimic în acea relație, nu a funcționat niciodată", spune dr. Neufeld, care a ajuns să o cunoască pe Alexa îndeaproape în ultimii trei ani de viață. „Mama adoptivă avea un alt copil pe care îl favoriza și Alexa nu putea face nimic, oricât ar fi încercat. S-a înstrăinat ca adolescentă, în cele din urmă, pentru că a renunțat. Până atunci, ea muncise cu disperare să creeze o legătură cu mama adoptivă și nu reușise. Era un vid total. Alexa se simțea ca și cum în locul sinelui exista o grotă uriașă." Prima căsătorie s-a destrămat rapid. A crezut mereu că trebuie să aibă grijă de toți. „Nu a existat niciodată un moment de respiro pentru ea, nu avea niciun loc interior pentru odihnă", spune Neufeld.

Intr-un articol de cercetare din 1970, doi psihiatri de la Yale University School of Medicine, Walter Brown și Peter Mueller, au înregistrat păreri spectaculos de asemănătoare de la pacienți cu SLA. „In mod invariabil, ei au evocat admirația și respectul întregului personal care a intrat în contact cu ei", au scris doctorii Brown și Mueller. „Caracteristică a fost încercarea lor de a evita să ceară ajutor."^ Pentru acest studiu Yale efectuat pe zece pacienți, s-au folosit interviuri, evaluări clinice și teste psihologice autoadministrate. Autorii au ajuns la concluzia că oamenii cu SLA aveau două modele recurente de-a lungul vieții. Unul era comportamentul strict

competent - și anume incapacitatea de a cere sau a primi ajutor, și celălalt era excluderea cronică a așa-numitelor sentimente negative. „Munca grea, constantă, fără a recurge la ajutor din partea altora, a fost omniprezentă", se arată în studiu. Se părea că există „o negare, suprimare sau izolare obișnuită din teamă, neliniște și tristețe. [...] Cei mai mulți au exprimat necesitatea de a fi veseli. [Unii] au vorbit lejer despre decăderea lor sau au făcut acest lucru zâmbind." Concluziile acestei lucrări Yale din 1970 nu au fost confirmate șapte ani mai târziu de un studiu efectuat la Presbyterian Hospital din San Francisco. S-ar putea spune că juriul încă deliberează, cu excepția faptului că studiul Yale este în concordanță cu tot ceea ce poate fi citit despre pacienții cu SLA, observat în legătură cu aceștia, sau spus de clinicienii care lucrează cu aceștia. Studii în psihologie - o artă care încearcă cu disperare să se costumeze în știință pură - descoperă de multe ori doar ceea ce anumiti cercetători au ochi să vadă. >

Why Are Patients with ALS So Nice? a fost titlul unei lucrări interesante prezentate de neurologii de la Cleveland Clinic la un simpozion internațional din Miinchen cu câțiva ani în urmăA Punea în discuție impresia multor clinicieni că oamenii cu boala Lou Gehrig par „să se adune la finalul CEL MAI SIMPATIC" al spectrului de personalitate, spre deosebire de persoanele cu alte boli.

La Cleveland Clinic, un centru de referință pentru studiul sclerozei laterale amiotrofice, protocolul pentru pacienții suspectați de SLA începe cu testarea electrodiagnostică (EDX). Prin măsurarea conductivității electrice, EDX detectează viabilitatea sau moartea neuronilor motori, celulele nervoase care acționează asupra fibrelor musculare. Caracterul agreabil este perceput de obicei de către personal ca o trăsătură a personalității SLA, raportează dr. Asa J. Wilbourn, autor principal al lucrării. Articolul său menționa: ‚Acest lucru se întâmpla sistematic, astfel încât ori de câte ori își terminau treaba și dădeau rezultatele, tehnicienii EDX de obicei le însoțeau cu un comentariu: «Acest pacient nu poate avea SLA, nu este suficient de drăguț.» In ciuda contactului scurt cu pacienții și a metodei evident neștiințifice prin care aceștia își formau opiniile, *aproape invariabil se dovedeau corecte?*

„Interesant a fost că, la Miinchen, atunci când ne-am prezentat lucrarea, toată lumea ne-a înconjurat", spune dr. Wilbourn. „Oamenii au comentat: «Oh, da, am observat asta - pur și simplu nu m-am gândit niciodată la acest lucru.» Este aproape universal. Devin informații obișnuite în laboratorul unde evaluezi mulți pacienți cu SLA - și ne confruntăm cu un număr enorm de cazuri. Cred că oricine se ocupă de SLA știe că acesta este un fenomen clar."

In întâlnirile mele cu pacienții SLA apar modele similare în practica privată și în îngrijirea paliativă. Reprimarea emoțională - în majoritatea cazurilor exprimată prin caracterul agreabil - poate fi găsită și în explorarea vieților unor persoane celebre cu SLA - de la fizicianul Stephen Hawking la marele jucător de baseball Gehrig, până la Morrie Schwartz, profesorul ale cărui apariții televizate la emisiunea lui Ted Koppel l-au făcut o figură mult admirată în ultimele luni ale vieții sale și ale cărui poveste și înțelepciune constituie subiectul bestsellerului *Marți cu Morrie*^. In Canada, Sue Rodriguez, o persoană cu SLA, a cunoscut faima națională prin lupta sa legală pentru dreptul la sinucidere asistată. In cele din urmă, nici măcar o decizie a Curții Supreme nu i-a putut nega acest drept. Povestea ei este în deplină concordanță cu tot ce ne învață viețile acestor oameni.

Istoriile personale ale pacienților cu SLA povestesc invariabil despre privare sau pierdere emoțională în copilărie. Caracterizarea personalităților pacienților cu SLA cuprinde: entuziasmul neîncetat, reticența de a recunoaște nevoia de ajutor și negarea durerii, fie ea fizică sau emoțională. Toate aceste comportamente și mecanisme de adaptare psihică datează cu mult înainte de începutul bolii. Caracterul evident agreabil al majorității, dar nu al tuturor persoanelor cu SLA, este o expresie a unei imagini autoimpuse, care trebuie să se conformeze cu așteptările individului (și ale lumii). Spre deosebire de cineva ale cărui caracteristici umane apar spontan, cel cu SLA pare prins într-un rol chiar și atunci când rolul provoacă și mai mult rău. Rolul începe acolo unde ar trebui să existe un puternic respect față de sine - care nu s-ar putea dezvolta în condițiile de sărăcie emoțională din copilărie. In cazul persoanelor cu un respect scăzut față de sine, apar adesea legături nesănătoase.

Exemplul lui Lou Gehrig, jucător pe linia de bază pentru New York Yankees, este edificator. Gehrig și-a câștigat porecla de „cal de fier“ pentru refuzul său implacabil de a se îndepărta de linie, indiferent de boală sau accidentare. In anii ’30, cu mult înainte de zilele de fizioterapie sofisticată și medicină sportivă, el a stabilit un record pentru jocuri consecutive pe teren - 2 130 -, care a rămas nedoborât în următoarele sase decenii. Părea să simtă că talentele sale 9

uimitoare și jocul dedicat pe când era sănătos nu erau suficiente și își respecta prea mult fanii și angajatorii pentru a-și lua vreodată timp liber. Gehrig era prins, potrivit biografului său, „în rolul său auto-desemnat de fiu loial, jucător loial echipei, cetățean loial, angajat loial“-^.

Un coechipier și-a adus aminte participarea lui Gehrig la un meci în ciuda faptului că avea degetul mijlociu rupt la mâna dreaptă. „De fiecare dată când lovea o minge, îl durea. Și aproape că se îmbolnăvea de stomac când prindea mingea. II vedeai chircindu-se de durere. Dar a rămas mereu în joc.“ Când mâinile i-au fost puse sub raze X, s-a descoperit că fiecare dintre degete fusese rupt la un moment dat sau chiar de mai multe ori. Cu mult înainte ca SLA să îl forțeze să se retragă, Gehrig a avut 17 fracturi separate la mâini. „Rămânea în joc rânjind nebunește, ca un dansator într-un maraton înfiorător", a scris cineva. Contrastul dintre atitudinea nepăsătoare a lui Gehrig față de el însuși și solicitudinea față de ceilalți a fost evident când un Yankee debutant a jucat slăbit din cauza unei răceli puternice. Imbunându-i nervii managerului echipei, Gehrig l-a dus pe tânăr acasă pentru a fi îngrijit de mama sa, care a tratat „pacientul" cu vin cald și l-a dus la culcare în camera lui. Lou a dormit pe canapea. Gehrig a fost „băiatul mamei" prin excelență. A locuit cu mama sa până s-a căsătorit, la începutul anilor ’30 - căsătorie pe care mama a acceptat-o după lungi tratative.

Stephen Hawking a fost diagnosticat la vârsta de 21 de ani. Biografii săi scriu: „In primii doi ani la Cambridge, efectele bolii SLA s-au înrăutățit rapid, întâmpina o dificultate enormă la mers și era obligat să folosească un baston pentru a se mișca doar câțiva metri. Prietenii îl sprijineau foarte mult, dar de cele mai multe ori evita orice fel de ajutor. Folosindu-se de ziduri și de obiecte, precum și de bastoane, reușea încet și dureros să traverseze camere și spații deschise. Au existat multe ocazii când aceste

elemente de sprijin nu erau suficiente. în unele zile, Hawking se prezenta la birou cu un bandaj în jurul capului, după ce căzuse foarte tare și se alesese cu un cucui urât."[22]

Dennis Kaye, un canadian care a murit de SLA, a publicat în 1993 *Laugh, I Thought Id Die.* Râzând, numărul de cititori s-a dublat, chiar și cunoscând soarta autorului - exact așa cum intenționase Kaye. Ca alți scriitori cu SLA, el a rămas neînfricat în fața exigențelor fizice de a scrie fără a-și folosi degetele sau mâinile. „Permiteți-mi să încep prin a spune că SLA nu este pentru cei slabi de inimă“, își începe el capitolul intitulat „Lifestyles of the Sick and Feeble“. „De fapt, o recomand doar celor care se bucură cu adevărat să întâmpine dificultăți." Kaye și-a dactilografiat volumul cu o tijă prinsă de frunte. Iată descrierea „personalității de tip SLA“: „Rar vedem cuvinte ca «mort de oboseală» sau «leneș» folosite în aceeași propoziție cu SLA. De fapt, una dintre trăsăturile pe care cei cu SLA le împărtășesc este trecutul energic. în aproape toate cazurile, victimele erau fie persoane cu rezultate peste nivelul clasic, fie persoane dependente de muncă. Am fost numit dependent de muncă și cred că termenul se potrivește, dar, din punct de vedere tehnic, chiar dacă am lucrat tot timpul, nu am fost niciodată motivat de dependența de lucrat, ci de o aversiune, poate chiar un dispreț, față de plictiseală.[ct][2S]

O altă canadiană cu SLA, Evelyn Bell, a scris *Cries of the Silent,* purtând o lumină laser atașată de un cadru special de sticlă - o facea să lumineze pe o tablă de scris, arătând cu atenție fiecare literă a fiecărui cuvânt către asistenții voluntari pentru transcriere. Nici pentru ea nu era nouă dedicarea zeloasă pentru atingerea unui scop. Povestește că și-a trăit viața „într-un ritm febril". Era mama a trei copii și își construia o carieră de afaceri de succes: „Mi-a fost foarte greu să jonglez cu treburile casei, crescutul copiilor, afacerile, grădinăritul, decoratul interior și cu șofatul, *dar am iubit rolurile și le-am îndeplinit cu mare intensitate.* în anii în care mi s-a mărit familia, afacerea mea, Nutri-Medics, a crescut considerabil și m-am bucurat de multe mașini de firmă si de numeroase călătorii în străinătate. Am atins un nivel de succes în) business, fiind un om de afaceri de top în Canada mai mulți ani. Am simțit că vreau să am succes în crescutul copiilor și în tot fac." Cu o ironie inconștientă, Evelyn Bell relatează toate acestea tocmai

după ce a scris că „noi știam că putem înlocui întotdeauna banii, dar nu sănătatea sau căsnicia noastră"[22].

Boala face adesea ca oamenii să se vadă pe ei înșiși într-o lumină diferită, să reevalueze modul în care și-au trăit viața. O revelație bruscă l-a lovit pe Dennis Kaye într-o zi, în timp ce - cu „satisfacție volubilă" - îi privea pe tatăl său și pe doi angajați făcând o muncă pe care el, Dennis, o dusese fără îndoială la capăt de unul singur. „In scurt timp, satisfacția s-a transformat în frustrare. Aproape toate realizările mele au fost într-un fel sau altul legate nu de aspirațiile mele, ci de aspirațiile tatălui meu. Nu vreau ca acest lucru să se transforme într-o spovedanie de tip Oprah, dar de când eram copil, lucrând în vacanța de vară, mi-am ajutat tatăl să își îndeplinească obiectivele și obligațiile. Cu excepția a doi ani din adolescența târzie, am petrecut ultimii 14 ani îndeplinind termenele-limită ale altcuiva. Deodată, cât ai clipi din ochi, m-am trezit că mă apropii de 30 de ani și mă confrunt cu propriul termen-limită - termenul final."

Același sentiment obsesiv al datoriei față de alții este evident în cazul Laurei, o pacientă cu SLA pe care am întâlnit-o recent. Fostă profesoară de dans în vârstă de 65 de ani, Laura mă salută din ușa casei sale din lemn și sticlă, parcă decupată din West Coast. Chiar și sprijinindu-se în baston, ea afișează grația și eleganța dansatoarei de balet. A fost diagnosticată cu SLA acum patru ani, când facea chimioterapie pentru cancer mamar. ,^m fost la un concert și, dintr-odată, nu am putut să mai bat din palme. Degetele mele erau chircite și nu mai aveam îndemânare. Părea că se agravează pe măsură ce treceam prin chimioterapie. Am avut câteva căderi severe; odată mi-am fracturat mandibula și o arcadă." Laura se oprește, dar cadențele umorului viu și ale dragostei de viață încă pot fi auzite în fluxul aproape monoton al discursului său.

Problemele medicale ale Laurei au apărut după un an tensionat în care a muncit din greu la deschiderea unei pensiuni înființate în casa pe care o împarte cu Brent, cel de-al doilea soț. „întotdeauna am vrut să deschid o demipensiune. Am găsit acest loc, dar a fost un stres, pentru că a trebuit să venim cu mai mulți bani decât ne puteam permite cu adevărat. M-am simțit vinovată că Brent a trebuit să subvenționeze aventura mea financiară.
Primul >

an a fost dificil, cu decorarea camerelor. Am construit un fel de cabană. Eu am condus afacerea, am făcut casa, am și decorat. Practic, trecuse un an până în ziua în care ne-am mutat și am descoperit nodului." Diagnosticul a urmat după câteva luni.

Laura mărturisește cât de greu este pentru oamenii cu SLA să nu le pese de responsabilitățile autoimpuse cu mult timp după ce organismele lor s-au răzvrătit. Atunci când ne-am desfășurat interviul, menajera din pensiune era plecată în Europa.

> - S-a dovedit că 70% din clientela noastră revine, spune Laura. Știi, ajungi să îi cunoști ca pe prieteni. M-am simțit vinovată pentru că am spus că nu vom primi deloc oaspeți în luna în care Heidi era plecată. Dar în weekendul trecut am avut trei camere ocupate, deoarece nu puteam spune nu. Sunt oaspeți care revin și îmi place să îi văd. Și săptămâna viitoare vom primi pe cineva care a venit aici de nenumărate ori, o corporatistă.
>
> - Ce-ar fi să spui, sugerez eu, stimate corporatist, am această boală care îmi face viața foarte grea. Nu fac față muncii care implică să am grijă de oameni.
>
> - Aș putea spune asta, dar tipa vine și chiar îmi place mult. Ea știe despre boala mea și spune: „îmi voi curăța camera și dimineața voi servi un castron de cereale." Așa spun toți, dar nu-i pot lăsa să facă asta. Nu am servit niciodată un castron de cereale la micul dejun.
>
> - Nu l-ai servi tu, s-ar servi singuri.

Râsete copioase.

> - Faci totul să sune atât de simplu. Trebuie să urmez un curs sau poate să primesc consiliere de la tine.

Vina Laurei în legătură cu a spune nu nevoilor altor persoane i-a fost inoculată la o vârstă fragedă. Mama ei a făcut cancer mamar când Laura avea 12 ani și a murit patru ani mai târziu.— Din adolescență, Laura era responsabilă de îngrijirea surorii și fratelui ei, cu respectiv cinci și zece ani

mai mici decât ea. Chiar și înainte, ea era obișnuită să anticipeze dorințele părinților săi.

- Mama mea a fost profesoară de dans, așa că am dansat de mică și am dansat toată viața mea. Am intrat în Royal Winnipeg Ballet, dar am crescut prea mult în înălțime, așa că am deschis o școală de dans cu o prietenă și le-am predat balet altor copii.

- Este o viată foarte solicitantă cea de balerină. Te-ai bucurat de ea în >

copilărie?

- Uneori. Uneori îmi displăcea. Eram nemulțumită, pentru că nu puteam să merg cu prietenele mele la un spectacol sâmbăta după-amiază sau mi s-a părut întotdeauna că lipseam de la aniversări.

- Cum te-ai descurcat cu asta?

- Mama mă punea să aleg și *cred că mergeam să dansez pentru că știam că preferă să fac asta.*

— Dar ce îmi poți spune despre ce preferai tu?

- Aș fi dorit să merg cu prietenele mele.

După moartea mamei sale, Laura a luat locul femeii în casă nu numai ca îngrijitoare pentru frații ei, ci și, în anumite moduri, ca tovarășă a tatălui ei. „El mă întreba: «Ce faci în seara asta, Laura?»

Eu: «Am de gând să merg la un spectacol cu Connie, prietena mea cea mai bună.»

El: «Ah, cred că voi angaja o dădacă și voi veni cu voi.»“

- Toate prietenele mele veneau la noi acasă, pentru că îl îndrăgeau pe tatăl meu. Era pur și simplu grozav cu toată lumea.

- Cum te-ai simțit cu tatăl tău care ieșea cu tine și cu prietenele tale?

- Ei, ce adolescentă vrea să iasă cu tata în oraș?!

- Ai spus vreodată: „Tată, vreau să fiu doar cu prietenele mele?“

- Nu, nu mi-a plăcut, dar n-am vrut să îl dezamăgesc.

Primul soț al Laurei, cu care s-a căsătorit pentru a scăpa din casa părinților, era un afemeiat înrăit. A părăsit-o când era însărcinată cu al treilea copil, lăsând-o singură, fără niciun sprijin financiar. Ei se iubeau din copilărie.

- Avea relații extraconjugale? Cât timp ai îndurat? întreb.

- Patru ani. Aveam doi copii și credeam în căsătorie.

Laura își duce încet un șervețel la ochi ca să își șteargă lacrimile. Nu am vorbit niciodată despre asta.

- Este încă un subiect dureros pentru tine.

- Nu știu de ce, parcă a trecut un secol de atunci. îmi pare rău, mă emoționez. >

- Cum este pentru tine să te emoționezi?

- Supărător, deoarece nu-mi face bine.

- Emoțiile nu sunt un subiect prea confortabil din viața ta?

- Ei bine, dacă te emoționezi, de obicei este din cauză că s-a întâmplat ceva rău sau trist, așa că de ce ți-ar plăcea să fii emoționată?

Intr-un fel, Laura are dreptate. Pentru copil, nu este o ușurare să simtă tristețe sau furie, dacă nu există cineva acolo care să primească aceste emoții și să ofere puțină alinare și susținere. Totul trebuia ținut înăuntru. Rigiditatea fizică a SLA poate fi o consecință. Atât de multă energie investește sistemul nervos respingând emoții puternice care strigă să fie exprimate. La un moment dat, în special la indivizii susceptibili, este rezonabil să presupunem că nervii își pierd capacitatea de a se înnoi. S-ar

putea ca SLA să fie rezultatul unui sistem nervos epuizat, care nu se mai poate reface?

„De ce nu s-a discutat în literatura de specialitate faptul că pacienții cu SLA, ca grup, sunt izbitor de plăcuți?" au întrebat neurologii din Cleveland în prezentarea lor de la Miinchen. „Probabil principalul motiv este că se bazează pe evaluări subiective, care nu dispun de un mijloc de verificare științifică. Astfel, potrivit colegilor noștri psihiatri, «caracterul agreabil» este dificil de măsurat." Poate că, dacă cercetătorii ar avea mai multă grijă să obțină istoricul de viață al pacienților, ar fi disponibile informații mult mai utile, care acum lipsesc. Exemplele din acest capitol ilustrează acest lucru.

Sub aparența de comportament agreabil există furie și angoasă, indiferent cât de sincer o persoană crede că fațada e același lucru cu adevăratul sine. „Mama mea este încă vie și o iubesc foarte mult", spunea sora unui bărbat diagnosticat cu SLA în urmă cu doi ani. „Dar este dominatoare, superficială în înțelegerea emoțiilor și insensibilă la nevoile și dorințele altor oameni. Nu îți permite să ai propria existență. Era foarte greu să îți găsești identitatea alături de mama. Când mă gândesc la boala fratelui meu, cred că toți ne-am făcut treaba ca să ne dăm seama cum să trăim separat. A fost greu, dar am facut-o - în afară de fratele meu, care cumva nu a fost în stare. El mi-a spus ultima dată când am fost acolo - acum am 54 de ani și el 46 - «O urăsc pe mama». Și totuși, este cel mai drăguț cu mama dintre noi toți. Merge acolo - are SLA și abia poate să meargă - și ia cina cu ea. Când se află în prezența mamei, este un băiețel drăguț - copilul bun care a fost mereu, iar eu, nu."

Joanne, o tânără frumoasă în vârstă de 38 de ani, cu părul negru și ochi albaștri luminoși și triști, a fost admisă în unitatea noastră paliativă pentru îngrijirea pacienților în stare terminală cu câteva luni înainte să moară. Fusese dansatoare. Refuzul brusc și năucitor al membrelor sale de a-i asculta voința pe ringul de dans a fost debutul sclerozei laterale amiotrofice. Mândră de capacitatea ei înnăscută de a se mișca liber și creativ, Joanne a simțit acest diagnostic ca pe cea mai devastatoare lovitură imaginabilă. „Aș prefera să mor bolnavă de un cancer“, a afirmat ea. Deja în stadiile terminale ale bolii, voia să îi promit că o voi eutanasia când va veni vremea.

Am garantat că nu o vom lăsa să sufere din cauza durerii sau a lipsei de oxigen. Aceasta a fost o promisiune ținută cu conștiința împăcată, fără să refuz eutanasia - așa cum fac majoritatea medicilor și asistentelor care lucrează în domeniul îngrijirii paliative.

Ajungi să îi cunoști repede și profund pe oameni dacă ai grijă de ei când sunt pe patul de moarte. Eu și Joanne am avut multe discuții. „Toată viața mea, încă din copilărie, am avut acest vis că voi fi îngropată de vie. Stau întinsă în sicriul meu închis, fără să pot respira. Când am fost diagnosticată în urmă cu trei ani, m-am dus la biroul ALS Society pentru informații. Acolo, pe perete, era un poster pe care scria: «A avea SLA este ca și cum ai fi îngropat de viu.»“

Cred că repetatul coșmar al lui Joanne nu a fost nici coincidență, nici premoniție naturală. Imaginea de a fi singură, izolată, disperată și condamnată, neauzită de nimeni, era adevărul psihologic al copilăriei sale. Nu a trăit niciodată ca o ființă vie și liberă în relațiile cu părinții sau cu frații ei. Nu puteam decât să fac presupuneri despre modul în care stresul asupra câtorva generații a creat în cele din urmă această situație în familia ei. Așa cum a fost, nici părinții, nici frații sau surorile ei nu au vizitat-o în timpul fazei terminale. O nouă familie de îngrijitori devotați au însoțit-o pe Joanne în ultimele sale săptămâni pe pământ și au fost cu ea până în ultima clipă. In ultimele sale zile, era cufundată într-un somn adânc. Promisiunea a fost ținută: nu a suferit până la urmă.

Sue Rodriguez, femeia din orașul Victoria a cărei sinucidere sfidătoare la adresa instanței a fost efectuată în prezența unui membru al Parlamentului Canadei, a fost și ea izolată emoțional de familie. Biografa sa, jurnalista Lisa Hobbs-Birnie, descrie ziua diagnosticării cu SLA a lui Rodriguez:

Sue simți cum genunchii îi cedează și picioarele i se înmoaie. Știa ce era SLA, văzuse documentarul fizicianului-astronom Stephen Hawking, cunoștea starea lui, încerca să își imagineze viața într-un corp care nu putea sta în picioare, nu putea merge, vorbi, râde, scrie sau îmbrățișa copilul. Se sprijini de perete. Deveni conștientă de un sunet teribil, primordial ca strigătul unui animal rănit, spre deosebire de orice auzise înainte. își dădu seama doar încet, din expresiile îngrozite ale trecătorilor, că venea din gura ei. A telefonat ca să le spună mamei și tatălui ei, Doe și Ken Thatcher. Doe

a spus: „Eu și Ken ne-am gândit că s-ar putea să fie vorba despre asta.“ Sue se simți abandonată și cedă unei dureri incontrolabile.—

Sue a fost al doilea dintre cei cinci copii născuți în decurs de zece ani. S-a simtit întotdeauna străină. Mama ei a crezut cumva că Sue făcuse această alegere: „Aproape că părea, din momentul în care s-a născut, că nu s-a simțit parte a familiei așa cum au făcut ceilalți. Boala nu a făcut decât să înrăutățească situația." Mama si fiica au avut doar contacte telefonice ocazionale în ultimele > 9

luni ale vieții lui Sue. Doe a fost caracterizată de fiica sa și de ceilalți ca „genul care nu acordă îngrijiri".

„Reacția bruscă a mamei atunci când Sue a sunat-o din spital în legătură cu diagnosticul ei a fost tipică nu numai pentru lipsa de grijă a lui Doe, ci și pentru tipul de interacțiune dintre mamă și fiică pe care o aveau. Lucrurile nu s-au îmbunătățit pe măsură ce boala lui Sue a progresat", scrie Hobbs-Birnie. Potrivit fratelui ei, mai mic cu 14 luni, comunicarea emoțională era o noțiune străină în familia Rodriguez. Era singurul frate care păstrase legătura cu sora lui muribundă. Majoritatea membrilor familiei, a afirmat el, au preferat să nu își arate sentimentele.

Acesta nu este un grup bizar și lipsit de considerație de oameni. Problema nu era lipsa sentimentelor, ci un *exces* de emoție puternică, nemetabolizată. Familia Rodriguez s-a ocupat de suferință reprimând-o. Generații întregi au adus familia la acel model de adaptare. Tatăl lui Sue, Tom, mort de ciroză hepatică la vârsta de 45 de ani, fusese o victimă a excesului de durere. Era un om cu o stimă de sine scăzută, toată viața fiind dominat de alții.

Ce a impulsionat-o pe pacienta Sue Rodriguez, mama unui copil mic, să își dedice resursele fizice și psihice în continuă scădere pentru luptele publice și campaniile de presă organizate în fața instanțelor de judecată, care i-au solicitat energiile vitale până la limită? O femeie articulată, cu o personalitate angajată și un zâmbet frumos, a devenit eroină pentru mulți care au văzut-o ca pe un cruciat în lupta plină de curaj și spirit neîmblânzit. Era văzută în mod popular ca o persoană care lupta pentru dreptul ei de a muri și a face asta printr-o modalitatea aleasă de ea. Povestea lui Sue Rodriguez era întotdeauna mai mult decât simpla problemă a autonomiei în

moarte, deși aceasta a fost partea din drama ei care a aprins imaginația publicului. In spatele popularei fațade a unui luptător încrezător și hotărât, Rodriguez era o persoană speriată și singuratică, cu un sistem de sprijin foarte fragil, înstrăinată de soț și de familia sa. A fost un scenariu pe mai multe niveluri. Ca de obicei, nivelul public era și cel mai superficial.

Biografa crede că Sue Rodriguez a fost „o femeie cu convingeri strașnice și cu un puternic simț al identității. Avea controlul asupra vieții sale și a preferat să îl aibă și asupra morții“. Ca în cazul tuturor pacienților cu SLA, realitatea a fost contradictorie. Convingerile puternice nu indică neapărat respectul puternic față de sine: adesea, este vorba despre exact opusul acestei situații. Convingerile puternice s-ar putea să nu reprezinte mai mult decât efortul inconștient al unei persoane de a construi respectul față de sine pentru a umple un gol invizibil la suprafață.

Istoricul relațiilor sale personale profund tulburate indică faptul că Rodriguez nu a avut niciodată control asupra vieții sale. Ea a jucat rolurile fără a fi vreodată apropiată de șinele real. întrebarea neliniștitoare adresată instanței și publicului - „Cine deține viața mea?“ - era o însumare a întregii sale existențe. Lupta pentru controlul morții s-a dovedit rolul final și cel mai important. La deschiderea cazului său legal, scrie Lisa Hobbs-Birnie: „Sue Rodriguez a devenit imediat o figură națională. Și-a asumat rolul ca și cum întreaga ei viață fusese pregătită pentru asta, ceea ce, de altfel, a fost adevărat. “

Atunci când Sue Rodriguez a fost diagnosticată cu SLA, în disperarea de la început, a comparat imposibilitatea situației sale cu presupusele avantajele ale colegului suferind de SLA, Stephen Hawking. Hobbs-Birnie scrie: „I s-au dat broșuri cu privire la îngrijirea paliativă, iar acestea descriau pacienții care erau «înconjurați de familia iubitoare» sau care au găsit bucuria în «a trăi o viață a minții». Ce familie iubitoare? a gândit ea. Ce viață a minții? Lasă-1 pe un geniu ca Stephen Hawking să trăiască o viață a minții. Cât despre mine, dacă nu pot să-mi mișc corpul, nu am viață. “

Să spunem că statutul public al lui Stephen Hawking de Einstein modern poate fi pus sub semnul întrebării de către elita științifică, dar nimeni nu îi contestă strălucirea, originalitatea gândirii sau neînfricarea intelectuală. Există o admirație universală pentru voința neîmblânzită care i-a susținut

viața și munca din momentul în care un ușor impediment de exprimare a semnalat apariția sclerozei laterale amiotrofice când avea doar 20 de ani. Diagnosticat în 1963, Hawking a primit prognosticul care îi mai dădea cel mult doi ani de trăit. El a învins moartea cu cel puțin o ocazie, când avea pneumonie și a intrat în comă într-o călătorie în Elveția. Totuși, la patru decenii după diagnostic, paralizat, legat de un scaun cu rotile și complet dependent fizic, el tocmai și-a publicat cea de-a doua cea mai vândută carte. A călătorit fără încetare în lume, fiind un lector foarte căutat, în ciuda imposibilității de a rosti un cuvânt cu propria voce. A primit multe onoruri științifice.

Deși există excepții, cursul bolii SLA este în general previzibil. Marea majoritate a pacienților moare în decurs de zece ani de la diagnostic, mulți mor mult mai devreme. Oamenii se recuperează foarte rar din SLA, dar este extrem de neobișnuit ca o persoană să trăiască cu ravagiile bolii atât de mult timp ca Stephen Hawking, continuând nu numai să lucreze, ci să și funcționeze la nivel înalt. Ce i-a permis să încurce opinia medicală și acele statistici sumbre?

Nu putem înțelege parcursul lui Hawking ca fenomen clinic izolat, separat de circumstanțele vieții și relațiilor sale. Longevitatea lui este, fără îndoială, un tribut al hotărârii sale pline de entuziasm de a nu permite bolii să îl înfrângă. Dar comparația amară a lui Rodriguez a fost corectă: tânărul Stephen a avut acces la resurse invizibile refuzate majorității persoanelor cu SLA. Având în vedere natura bolii - care distruge corpul, lăsând intelectul intact -, un gânditor abstract se află într-o poziție ideală pentru „a trăi o viață a minții“. Spre deosebire de alpinista atletică și fostă maratonistă Rodriguez și de dansatoarele Laura și Joanne, Hawking nu a considerat că degradarea corpului său afectează rolul pe care l-a ales pentru sine. Din contră, s-ar putea să îl fi consolidat. înainte de diagnostic și de slăbiciunea inerentă, el nu prea avusese un scop, în ciuda darurilor sale intelectuale strălucitoare.

Hawking a avut întotdeauna capacități cognitive și matematice colosale și încredere, dar niciodată nu a părut să se simtă confortabil în corpul său. „Era excentric și stângaci, slab și plăpând", scriu Michael White și John Gribbin în *Stephen Hawking, A Life in Science.* „Uniforma sa școlară arăta

întotdeauna aiurea și, potrivit prietenilor săi, mai degrabă bălmăjea decât vorbea clar... Era pur și simplu genul acela de copil - subiect de distracție în clasă, tachinat și din când în când intimidat, respectat în secret de unii și evitat de majoritatea." Nu părea să îndeplinească așteptările celor care îi întrezăriseră adevăratele însușiri. Se pare că tânărul Stephen a fost purtătorul ales al frustrărilor tatălui său, care era evident hotărât ca fiul său să atingă obiectivele educaționale și sociale pe care el, tatăl, nu le obținuse niciodată. Unul dintre obiective a fost ca Stephen să urmeze cursurile uneia dintre cele mai prestigioase școli private din Anglia. Băiatul de 10 ani a fost înscris pentru examenul de bursă la Westminster School: *„A sosit ziua examenului și Stephen s-a îmbolnăvit.* Nu a dat niciodată lucrarea de admitere și, prin urmare, nu a obținut niciodată un loc în una dintre cele mai bune școli din Anglia."

Desigur, putem presupune că această boală neoportună a fost pur întâmplătoare. De asemenea, putem crede că este singura modalitate a copilului de a spune nu presiunii impuse de părinți. Date fiind înclinația familiei Hawking pentru intimitate, lucrurile ar fi greu de deslușit. Ceea ce știm este că mai târziu, odată cu faptul că tânărul Hawking nu a mai locuit acasă și a fost liber să își urmeze preferințele, acestea au avut mai mult o natură socială decât academică. Stephen și-a făcut antrenamentul în indolență și consum de alcool, a evitat cursurile și studiul - acele forme clasice de rezistență pasivă în facultate. Pentru o vreme, cariera sa academică părea în pericol și, pe scurt, a luat în considerare cariera de funcționar public. Abia după ce i s-a stabilit diagnosticul a început să își concentreze inteligența fenomenală asupra muncii: elucidarea naturii cosmosului, acoperirea golurilor teoretice dintre teoria relativității și mecanica cuantică. Cu handicapul său fizic, a fost scutit de multe dintre sarcinile legate de predat și administrare pe care au trebuit să și le asume alți oameni de știință. Biografii săi scriu: „Unii au atribuit marile succese în cosmologie acestei libertăți cerebrale sporite, însă alții au susținut că punctul de cotitură în aplicarea capacităților sale a fost debutul bolii și că înainte nu fusese mai mult decât un student strălucitor."

Acest ultim punct de vedere este greu de acceptat, dar chiar și Hawking a recunoscut că, abia după ce a început boala, s-a avântat să facă anumite lucruri: „Eu am început să lucrez pentru prima dată în viața mea. Spre

surprinderea mea, mi-a plăcut. Poate că nu este chiar corect să o numim muncă. Cineva a spus odată că oamenii de știință și prostituatele sunt plătiți pentru că fac ce le place." Nu prea există informații despre prostituate, dar este clar că Hawking a fost în situația extrem de norocoasă de a putea să urmeze o vocație adevărată, în ciuda limitărilor fizice extreme.

Celălalt factor indispensabil pe care îl avea Hawking și pe care Rodriguez l-a ratat a fost sprijinul emoțional necondiționat și grija unei persoane dragi. Pentru Stephen, sursa acestei îngrijiri susținute a fost soția lui, acum fosta sa soție, Jane Hawking. In esență, ea a hotărât să își dedice viața lui - cu un mare preț personal, după cum avea să vadă. Cei doi s-au întâlnit chiar înainte de diagnosticul lui Stephen cu SLA și s-au căsătorit la scurt timp după acest moment. Din cauza propriei istorii, Jane era pregătită să accepte rolul de îngrijitoare devotată și dezinteresată. Scriu aici *dezinteresată* cu precauție: îi lipseau atât sentimentul de autonomie, cât și respectul dezvoltat față de sine, și astfel, s-a identificat complet cu rolul de asistentă a lui Stephen, mamă și înger păzitor. „Am dorit să dau un scop existenței mele", își amintește în memoriile sale din 1993, *Dragostea are 11 dimensiuni. Viața mea cu Stephen Hawking*. „Cred că am găsit un scop în ideea de a avea grijă de el." Când s-a îndoit că este capabilă să îndeplinească acea sarcină descurajantă, prietenii i-au spus: „Dacă are nevoie de tine, trebuie să o faci." Ea a acceptat.

Cei doi tineri nu s-au alăturat doar ca egali într-un parteneriat conjugal, s-au contopit. Au devenit un singur trup, inimă și suflet. Fără subordonarea vieții lui Jane și a eforturilor ei independente, Stephen probabil că nu ar fi supraviețuit, cu atât mai puțin să aibă succes într-un asemenea grad. Biografii lui susțin că „fără ajutorul pe care Jane i l-a acordat, aproape sigur că nu ar fi putut să continue sau să aibă voința de a face acest lucru"^. Relația a funcționat atât timp cât Jane și-a acceptat poziția, s-a lăsat pe ultimul loc și fluxul de energie spirituală mergea în sens unic, doar dinspre ea spre el. Cei doi se iubeau, dar ea a ajuns să se simtă folosită. Ea povestește un incident ciudat când, în 1965, a ajuns în apartamentul logodnicului cu un braț în ghips: „De fapt, el aștepta să îmi folosesc atribuțiile de secretară ca să scriu o scrisoare de intenție pentru el. Expresia de consternare care i s-a întins pe față când am intrat în cameră cu brațul

stâng într-un ghips alb, bombat sub haină, mi-a spulberat toate speranțele că simte cea mai mică urmă de simpatic.“

Episodul a încapsulat natura relației lor: ea era figura de mamă/bonă, mereu disponibilă, tăcută și ascultătoare, ale cărei servicii erau așteptate, luate de-a gata și observate numai în absența lor. A călătorit în toată lumea cu soțul ei, confruntându-se zilnic și depășind nenumăratele dificultăți care doar mult mai târziu - și chiar și atunci numai parțial - s-au ușurat odată ce a devenit un autor celebru, care câștiga mult. Ea simțea că dispare treptat ca individ. Era secătuită, observând că devine „o cochilie fragilă, pustie, singură și vulnerabilă", și avea gânduri suicidale. Hawking, la rândul său, a reacționat la eforturile sale de independență cu dispreț și, în final, cu furia unui copil părăsit de mama sa. Rolul soției a fost preluat de o infirmieră care și-a părăsit soțul pentru omul de știință. Și Jane își găsise o altă dragoste. Numai această nouă relație i-a permis, în ultimii ani ai căsătoriei, să continue să îl îngrijească pe Stephen în acea perioadă.

Vocația lui Hawking și sprijinul desăvârșit al soției sale au fost însoțite de altceva care i-a sprijinit probabil supraviețuirea: eliberarea de agresiune prin boala sa. „Caracterul agreabil" al majorității pacienților cu SLA reprezintă mai mult decât bunătatea înnăscută și farmecul anumitor ființe umane; este o emoție *in extremis.* Ea se mărește considerabil printr-o puternică suprimare a încrederii. încrederea în apărarea granițelor noastre poate și ar trebui să pară agresivă, dacă este necesar. Siguranța intelectuală a lui Hawking a devenit terenul pentru această agresiune, mai ales după debutul declinului său fizic. Jane Hawking remarcă în memoriile sale că „în mod curios, când mersul său devenea mai nesigur, opiniile sale erau mai puternice și mai sfidătoare".

Ca în cazul suferinzilor de SLA cu care ne-am întâlnit, personalitatea lui Hawking era caracterizată printr-o reprimare psihică intensă. în familia sa, vulnerabilitatea sănătoasă și interacțiunea emoțională erau străine. La masă, familia Hawking mânca fără să comunice, fiecare cu capul cufundat în lectura lui. Căminul copilăriei lui Stephen era într-o stare de neglijență care depășea excentricitatea pentru a indica o distanță emoțională din partea ambilor părinți. Biografii săi relatează: „Nici lui Isobel, nici lui Frank Hawking nu părea să le pese prea mult de starea casei. Covoarele și

mobilierul se foloseau până în momentul în care începeau să se destrame; tapetul era lăsat să atârne acolo unde se scorojea de vechi ce era și pe hol existau multe locuri în spatele ușilor unde tencuiala căzuse, lăsând găuri în perete."

Despre tatăl lui Stephen, White și Gribbin scriu că era un tip distant, „semnificativă în copilăria și adolescența lui Stephen fiind absența sa“. Potrivit lui Jane, familia Hawking vedea: „orice exprimare a emoției sau apreciere ca un semn de slăbiciune, ca o pierdere a controlului sau o negare a propriei importanțe. [...] Ciudat, parcă le era rușine să arate orice urmă de căldură.“ După ce Stephen și Jane s-au căsătorit, familia lui s-a retras din implicarea în îngrijirea acestuia, fapt pe care Jane abia îl putea înțelege, darămite accepta. Pe lângă responsabilitățile față de soțul ei, avea grijă și de cei trei copii ai lor. Refuzul lui de a recunoaște presiunile pe care le exercita boala lui asupra ei - și supunerea ei conformă acelei atitudini - însemna că ea nu a avut niciodată un răgaz. „Am fost pe cale să cedez“, își amintește ea. „Stephen a fost totuși hotărât să respingă orice propuneri care sugerau că face concesii în ceea ce privește boala. Acestea erau propunerile care ar fi putut să ne elibereze pe copii și pe mine de unele tensiuni." El a refuzat pur și simplu să discute despre probleme, bazându-se pe disponibilitatea lui Jane de a absorbi tot stresul rezultat. „Nu i-a plăcut niciodată să își recunoască emoțiile, zicând că acestea reprezintă slăbiciunea fatală și irațională a caracterului meu“, scrie Jane. încercările ei de a obține sprijin din partea familiei soțului s-au lovit de o neînțelegere rece, chiar de ostilitate. „Vezi, noi nu te-am plăcut niciodată cu adevărat, Jane; tu nu te potrivești în familia noastră", i-a spus odată soacra ei, asta după decenii de servicii dezinteresate pentru fiul ei.

Am arătat în acest capitol că SLA este cauzată de reprimarea emoțională sau, cel puțin, potențată de ea? Că este înrădăcinată în izolarea și pierderea emoțională a copilăriei? în general - chiar dacă nu întotdeauna - lovește oamenii care duc vieți pline de energie și pe care alții îi consideră foarte „drăguți"? Până când înțelegerea noastră a dihotomiei minte-corp va fi aprofundată, aceasta trebuie să rămână o ipoteză intrigantă, dar o ipoteză la care vom fi provocați să găsim excepții. Pare tras de păr să presupunem că asemenea asocieri observate frecvent sunt o simplă coincidență.

O perspectivă minte-corp i-ar putea ajuta pe cei care suferă de SLA și care sunt dispuși să privească în întregime și cu fermitate niște realități foarte dureroase. In rare cazuri, se pare că oamenii au depășit simptomele diagnosticate ca SLA. Ar merita ca astfel de cazuri să fie investigate pentru a se afla de ce. Un exemplu este prezentat de dr. Christiane Northrup în *Womens Bodies, Womens Wisdom.*

Dana Johnson, o prietenă de-ale mele, cercetătoare și asistentă, chiar s-a recuperat după boala Lou Gehrig, învățând să respecte toate caracteristicile corpului ei. După ce a avut boala câțiva ani, și-a pierdut controlul asupra mușchilor respiratori, apoi treptat și asupra întregului corp. Dificultățile respiratorii au făcut-o să creadă că va muri. Dar ea a hotărât în acel moment că voia să se iubească necondiționat cel puțin o dată înainte de a muri. Descriindu-se ca un „bol de jeleuri într-un scaun cu rotile", ea a stat în fiecare zi timp de 15 minute în fața unei oglinzi și a ales diferite părți ale corpului pe care să le aprecieze. A început cu mâinile, pentru că erau singurele părți pe care le putea iubi necondiționat. In fiecare zi mergea mai departe spre alte părți ale corpului...

Ea mai scria într-un jurnal despre introspecțiile pe care le avusese pe parcursul acestui proces și a ajuns să vadă că, încă din copilărie crezuse că, pentru a fi de ajutor, acceptată de ceilalți și demnă de sine, trebuia să sacrifice propriile nevoi. A fost nevoie de o boală gravă ca să afle că jertfa de sine nu duce nicăieri.—

Potrivit dr. Northrup, prietena ei s-a vindecat prin practica zilnică și conștientă de inventariere emoțională și de dragoste de sine care, încetul cu încetul, „dezgheța" fiecare parte a corpului ei. Dacă auzeam o asemenea poveste la absolvirea facultății de medicină, o respingeam de la bun început. Chiar și acum, medicul din mine pregătit științific ar dori să vadă dovada directă că SLA a fost diagnosticat legitim în acest caz. In medicina paliativă, am văzut o persoană admisă pentru „îngrijire temporară" care se convinsese singură și își convinsese și cercul de prieteni că suferea de SLA, în ciuda testării electrodiagnostice și a constatărilor neurologice, toate rezultatele fiind în mod repetat perfect normale. Prietenii nu prea m-au crezut când i-am informat că persoana invalidă pe care o îngrijiseră cu atâta sârguință era, mai ales din punct de vedere fizic, la fel de sănătoasă ca ei.

Astăzi nu consider că raportul dr. Northrup este imposibil de admis. Este în acord cu înțelegerea mea despre această boală. A avut loc un incident intrigant în povestea Alexei, profesoara al cărei soț, Peter, nu putea accepta diagnosticul de SLA. A fost dezvăluit potențialul incitant al unui lucru. Psihologul Gordon Neufeld a reușit doar o singură dată să o vadă singură, fără soțul ei. „îmi era foarte clar că emoțiile ei erau blocate, că își pierduse vitalitatea", spune dr. Neufeld. „A avut loc o ședință de consiliere de două ore când Peter era plecat și ea se întristase pentru viața ei și din cauza bolii. Pentru ea a fost o mare schimbare. Fizioterapeutul a văzut-o imediat după aceea și a fost uimit că tonusul ei muscular era mult mai bun. Dar n-am mai putut să mă întâlnesc cu ea singură și n-am mai putut-o duce niciodată în punctul acela. Fereastra tocmai se închisese."

Note:

30 Apărută în traducerea Mihaelei Ciodaru la Humanitas, București, 2012. *(N. red.}*

31 S. Horgan, *Communication Issues andALS: A Collaborative Exploration,* teză înaintată către Division of Applied Psychology, University of Albert, Calgary, 2001.

32 WJ. Streit și C.A. Kincaid-Colton, „The Brain's Immune System", *Scientific American,* voi. 273, nr. 5, noiembrie 1995.

33 W.A. Brown și P. S. Mueller, „Psychological Function in Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis", *Psychosomatic Medicine,* voi. 32, nr. 2, martie-aprilie 1970, pp. 141-152. Studiul compensator este efectuat de către J.L. Houpt et al., „Psychological Characteristics of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis", *Psychosomatic Medicine,* voi. 39, nr. 5, pp. 299-303.

34 AJ. Wilbourn și H. Mitsumoto, „Why Are Patients with ALS So Nice?“, *InternationalALS Symposium on ALS/MND,* Miinchen, 1998.

35 Apărută în traducerea Alinei Chiriac la Humanitas, București, 2006. *(N. red.)*

36 R. Robinson, *Iron Horse: Lou Gehrig in His Time,* W.W. Norton & Company, New York, 1990.

37 M. White și J. Gribbin, Stephen Hawking: *A Life in Science, Viking,* Londra, 1992.

38 D. Kaye, Laugh, *I Thought TdDie,* Penguin Putnam, Toronto, 1994.

39 E. Bell, *Cries ofthe Silent,* ALS Society of Alberta, Calgary, 1999, p. 12.

40 O genă răspunzătoare pentru cancerul mamar este prezentă în familia Laurei. Sora ei a fost diagnosticată cu șase luni înainte de Laura. Cancerul mamar este subiectul unui capitol

ulterior. *(N. a.)*

41 L. Hobbs-Birnie, *Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez,* Macmillan Canada, Toronto, 1994.

42 Apărută în traducerea lui Alexandru Macovescu, Humanitas, București, 2013. *(N. red.)*

43 J. Hawking, *Music to Move the Stars,* Pan/Macmillan, Londra, 1993.

44 C. Northrup, *Womeris Bodies, Womeris Wisdom: Creating Physical and Emoțional Health and Healing,* Bantam Books, New York, 1998, p. 61.

CAPITOLUL 5

Niciodată destul de bună

Timp de șapte ani, Michelle a avut un nodul în piept. Creștea sau se micșora periodic, dar nu îi provocase niciodată vreo grijă ei sau medicilor ei. „Apoi, dintr-odată, a devenit greu, s-a înfierbântat și a început să crească aproape peste noapte“, spune femeia din Vancouver în vârstă de 39 de ani. O biopsie a dezvăluit faptul că tumoarea era malignă, iar Michelle crede că știe care era principalul factor: stresul. „Până când nu m-am șocat al naibii de tare, nu m-am schimbat", spune ea. „Mi-am abandonat slujba fără să am o opțiune de rezervă... Starea mea emoțională era îngrozitoare la acea vreme. Eram lovită de mai multe lucruri la un loc, nu doar financiar." Michelle a făcut o lumpectomie și s-a simțit ușurată să afle că glandele sale limfatice nu fuseseră afectate de cancer. Operația a fost urmată de chimioterapie și radiații, dar niciun medic nu a întrebat-o vreodată ce tensiuni psihice suferise înainte să debuteze malignitatea sau ce probleme nerezolvate avea.

Pacientele cu cancer mamar relatează adesea că medicii lor nu exprimă un interes activ față de ele ca persoane sau pentru contextul social și emoțional în care trăiesc. Se presupune că acești factori nu au un rol semnificativ nici în originea, nici în tratamentul bolilor. Această atitudine este consolidată de cercetări psihologice limitat concepute. Un articol din *The British Medical Journal* a prezentat un studiu pe cinci ani efectuat pe mai mult de 200 de femei cu cancer mamar, care a avut ca scop să stabilească dacă recurența cancerului poate fi declanșată de evenimente grave de viață, cum ar fi divorțul sau decesul unei persoane apropiate. Autorii au conchis: „Femeile cu cancer mamar nu trebuie să se teamă că experiențele stresante vor precipita întoarcerea bolii lor."^ Dr. Donna Stewart, profesoară la University of Toronto și președinta comitetului pentru problemele femeilor din cadrul University Health Network, a comentat că rezultatul studiului „era logic".

Dr. Stewart a fost principala autoare a unui studiu publicat în 2001 în revista *Psycho-Oncology.* Aproape 400 de femei cu un istoric de cancer

mamar au fost întrebate care credeau că fuseseră cauzele apariției malignității. Dintre ele, 42% au menționat stresul - mult mai mult decât alți factori, cum ar fi alimentația, mediul, genele și stilul de viață.— „Cred că reflectă ce se întâmplă în societate în general“, spune dr. Stewart. „Oamenii cred că stresul provoacă totul. Dovezile prezenței stresului sunt destul de mici. Iar dovezile influenței hormonilor și genelor sunt mari.“

Cu toate acestea, Michelle și multe alte femei care suspectează că există o legătură puternică între stres și cancerul mamar au informații științifice și clinice de partea lor. Niciun alt cancer nu a fost studiat mai atent pentru posibilele legături biologice dintre influențele psihice și apariția bolii. Un ansamblu bogat de dovezi, extras din studii pe animale și din experiența umană, sprijină impresia pacientelor că stresul emoțional este o cauză majoră a malignității mamare.

Contrar afirmațiilor cercetătorilor de la Toronto, „dovezile în favoarea geneticii" nu sunt multe. Numai o mică parte dintre femei prezintă un risc genetic ridicat și doar o mică parte dintre femeile cu cancer mamar - aproximativ 7% - dobândesc boala din motive genetice. Chiar și în cazul celor predispuse genetic, sigur sunt implicați factori de mediu, din moment ce toate femeile care au una dintre cele trei gene asociate cu cancerul mamar vor dezvolta, de fapt, o tumoare malignă. La marea majoritate a femeilor sau bărbaților diagnosticați cu cancer de sân, ereditatea are o contribuție redusă sau inexistentă.

Este forțat să impunem o separare între hormoni și emoții. Deși este perfect adevărat că hormonii sunt markeri activi sau inhibitori ai malignității, nu este adevărat că acțiunile lor nu au nimic de a face cu stresul. De fapt, unul dintre principalele moduri în care emoțiile acționează biologic în apariția cancerului este efectul hormonilor. Unii hormoni - cei estrogeni - încurajează creșterea tumorilor. Alții sporesc dezvoltarea cancerului prin reducerea capacității sistemului imunitar de a distruge celulele maligne. Producția hormonală este afectată în mod clar de stresul psihic. Femeile au știut întotdeauna că stresul afectează funcția ovariană și ciclurile menstruale - stresul excesiv poate chiar să inhibe menstruatia.

>

Sistemul hormonal al organismului este legat în mod indisolubil de centrii cerebrali unde emoțiile sunt primite și interpretate. La rândul său, aparatul hormonal și centrii emoționali sunt legați de sistemul imunitar și sistemul nervos. Acestea nu sunt patru sisteme separate, ci un super-sistem care funcționează ca un întreg pentru a proteja corpul de invazia externă și de tulburările care ar putea afecta starea fiziologică internă. Este imposibil ca orice stimul stresant, cronic sau acut să acționeze doar asupra unei părți a super-sistemului. Ce se întâmplă cu unul le va afecta pe toate. In capitolul 7 vom examina mai îndeaproape cum funcționează acest super-sistem.

Emoțiile influențează direct sistemul imunitar. Studii efectuate la U.S. National Cancer Institute din SUA au constatat că celulele ucigașe naturale, o clasă importantă de celule imune pe care le-am întâlnit deja, sunt mai active în cazul pacientelor cu cancer mamar care sunt capabile să își exprime furia, să adopte o atitudine de luptă și care au mai mult sprijin social. Celulele NK pregătesc un atac asupra celulelor maligne și le distrug. Aceste femei au avut o răspândire semnificativ mai redusă a cancerului mamar, în comparație cu cele care au manifestat o atitudine mai puțin încrezătoare sau care au avut mai puține legături sociale. Cercetătorii au constatat că factorii emoționali și implicarea socială au fost mai importanți pentru supraviețuire decât boala în sine.[42]

Multe studii, precum cel menționat în articolul *The British Medical Journal,* nu înțeleg că stresul nu este doar o chestiune care ține de stimuli externi, ci și de răspunsul individual. Aceasta se produce în viața persoanelor ale căror temperament înnăscut, istoric de viață, modele emoționale, resurse fizice și mintale, precum și sprijin social și economic variază foarte mult. După cum am arătat în capitolul 3, nu există un stresor universal. In majoritatea cazurilor de cancer mamar, stresul este ascuns și cronic. El provine din experiențele din copilărie, din programarea emoțională timpurie și din stilurile de adaptare psihologică inconștientă. Stresul se acumulează de-a lungul vieții pentru a face pe cineva susceptibil la boală.

Michelle a crescut într-o casă în care ambii părinți erau alcoolici. Ea crede acum că malignitatea ei este legată de experiențele timpurii care au transformat modul în care s-a confruntat cu viața. A încercat să facă față în feluri în care, inconștient, au sporit sarcina de stres pe care a trebuit să o

suporte mulți ani -de exemplu, având grijă de nevoile emoționale ale celorlalți, mai degrabă decât de cele proprii. Ea spune: ,^m fost confuză toată viața mea și cancerul a avut de-a face cu confuzia... Atât cât cred eu și înțeleg, părinții mei ne-au iubit cum au știut ei mai mult. Au fost cele mai confuze relații în mediul acela familial, pentru că erau alcoolici amândoi și încă sunt. Nu știu să iubească, chiar dacă există iubire.“

Cercetările au sugerat de zeci de ani că femeile sunt mai expuse la cancer mamar în cazul în care copilăria lor s-a caracterizat prin deconectarea emoțională de la părinți sau prin alte tulburări în creștere; dacă ele tind să își reprime emoțiile, în special furia; dacă nu au relații sociale care să le sprijine la maturitate; și dacă sunt de tip altruist, îngrijitoare de tip compulsiv. Intr-un studiu, psihologii au intervievat pacientele internate în spital pentru biopsie mamară fără să cunoască rezultatele patologiei. Cercetătorii au putut să prevadă prezența cancerului la 94% dintre cazuri, judecând numai pe baza factorilor psihici.— Intr-un studiu german similar, 40 de femei cu cancer mamar au fost asociate cu 40 de femei din studiul caz-control similare ca vârstă, istoric general în materie de sănătate și considerente legate de stilul de viață. Din nou, din motive psihologice, cercetătorii au avut 96% succes în identificarea celor care au fost și care nu au fost diagnosticate cu cancer mamar.[42]

Ca bărbat, Melvin Crew[22] a fost la început jenat să afle despre diagnosticul său de cancer mamar, dar a hotărât că „nu are sens doar să stai și să lași boala să te consumeAcum, la câțiva ani după mastectomie, chimioterapie și radiații, el face glume despre asta. „Măcar, dacă e să cad, nu mor, pentru că am doar un sân, știi.“

Crew, în vârstă de 50 de ani, a fost diagnosticat în 1994, imediat după o perioadă extrem de stresantă din viața sa, inclusiv după un conflict cu legea legat de o infracțiune privind pescuitul, urmat de rușine publică, umilire la locul de muncă și de o presiune nejustificată din partea angajatorului său.

Fusese pe o barcă cu alți zece bărbați și prinseseră trei pești. Când ofițerii piscicoli au făcut un raid la casa lui, le-a dat o declarație. „Eu și alți doi țipi am suportat consecințele; restul au negat acest lucru. Familiei i-a fost greu să îmi vadă numele pe hârtii - angajați ai pazei de coastă acuzați de pescuit

ilegal - și tot tacâmul. Și atunci, când m-am întors pe una dintre celelalte nave ale pazei de coastă, m-au întâmpinat miștourile din partea celorlalți membri ai echipajului și glumele care se faceau... Toți colegii de muncă au spus că ar fi trebuit să neg." Această presiune a fost cu atât mai stresantă pentru Melvin, care spune că s-a mândrit întotdeauna cu scrupulozitatea sa.

- Unii dintre colegii mei mi-au spus că îmi iau slujba prea în serios. Ei cred că nu mă relaxez suficient.

- Crezi vreodată că faci munca pe care ar fi trebuit să o facă alți oameni? întreb.

- Da, faci mai mult decât partea ta. Probabil că așa mi-e felul - știi, nu vrei să fii privit ca un fraier. Dacă ceilalți nu își fac partea, o soluție este să o facem pentru ei. Cealaltă este să ne enervăm din cauza asta. Dacă te enervezi, este ca și cum ai turna gaz pe foc. Ai angajații tăi conștiincioși și angajați care se lasă purtați de val. Uneori chiar m-am supărat. Ei bine, dacă o exprimi, nu faci decât să creezi mai multe probleme cu forța de muncă.

Sursa hiper-conștiinciozității sale a devenit evidentă când l-am întrebat pe Melvin despre copilăria sa.

- Aveați parte de afecțiune în casa voastră?

- Da. Tata era mândru de sora mea, de mine și de realizările noastre în viață. Ea este profesoară. Tatăl meu era inginer și eu, desigur, i-am urmat pașii. Am primit diploma și tatăl meu era foarte mândru de faptul că sunt inginer aviatic.

- Căldura și afecțiunea nu au nimic de-a face cu performanța: ele sunt acolo, indiferent de realizare, doar pentru că părinții sunt conectați emoțional cu copilul. Dar răspunsul tău a avut de-a face cu performanța. Mă întreb de ce?

- Ei bine, tatăl meu a fost întotdeauna mândru de noi.

- Dar mama ta - ce fel de afecțiune ai primit de la mama ta?

- Nu prea era afectuoasă. Ne-am iubit părinții și cred că ei ne-au oferit cu siguranță o educație bună. Un cămin bun.

Aproximativ 1% dintre pacienții cu cancer mamar sunt bărbați. Istoricele lor emoționale sunt paralele cu ale femeilor care au aceeași boală. David Yeandle, un polițist din Toronto, a avut patru tipuri diferite de cancer: în unul dintre rinichi, în piept și de două ori în vezică. Dezvoltarea lui a fost caracterizată și de lipsa căldurii. Născut în 1936, David avea trei ani când a izbucnit Al Doilea Război Mondial. Sora lui s-a născut în 1940.

- Tatăl meu era magazioner, iar mama lucra la fabrica de ciocolată Cadbury... am crescut în timpul războiului și, de fapt, nu i-am văzut mult pe părinții mei. Mama mea ieșea în timpul zilei, iar eu și sora mea ne îngrijeam unul pe altul până venea acasă.

- Vrei să spui că, deși erai foarte mic, ai avut grijă de sora ta.

-Da.

David își amintește mariajul părinților, era unul nefericit.

- Nu erau un cuplu drăgăstos, spune el. Tatăl meu își vedea de treaba lui, iar mama de a ei. Tata ieșea să joace biliard cu prietenii lui în multe seri. Eu nu am avut prea mult respect pentru mama. Se aștepta întotdeauna să îmi depășesc limitele. Cred că nu am fost un elev strălucit. Iar mama s-a văzut întotdeauna mult mai bună decât era. Făcea parte din clasa muncitoare, întreaga familie, de fapt, dar ea le dădea mereu oamenilor impresia că eram mai buni decât în realitate. Trebuia să te conformezi standardelor ei.

> - Când erai copil și te supărai, când te simțeai neînțeles, sau erai tulburat emoțional, cu cine vorbeai despre asta?
>
> - De fapt, nu am povestit nimănui. Tata nu era niciodată prezent ca să îi vorbești și cu siguranță nu aveam să discut despre asta cu mama, pentru că expresia ei preferată era „A, nu te mai prosti“. Nu mi-am arătat niciodată furia față de părinții mei. Era ceva ce pur și simplu nu faceai. Am ținut multă mânie în mine.

„Suprimarea extremă a furiei“ a fost caracteristica identificată cel mai des de pacienții cu cancer mamar într-un studiu britanic din 1974. Anchetatorii au examinat o serie de 160 de femei internate în spital pentru biopsie mamară. Tuturor li s-a luat un interviu psihologic detaliat și li s-a adresat un chestionar. De asemenea, au fost intervievați separat, pentru confirmare, soții sau alți membri ai familiei. Deoarece efectuarea testelor psihologice avea loc înaintea biopsiei, nici femeile, nici intervievatorii nu dețineau informații prealabile despre diagnostic. „Principala noastră constatare a fost o legătură semnificativă între diagnosticul de cancer mamar și un model comportamental care persista pe parcursul întregii vieți adulte - de eliberare anormală a emoțiilor. Această anomalie a fost, în majoritatea cazurilor, o suprimare extremă a furiei și, în cazul pacienților de peste 40 de ani, o suprimare extremă a altor sentimente."^[1]

O evaluare psihanalitică din 1952 a femeilor cu cancer mamar ajunsese la concluzii similare. Se spunea că aceste paciente au demonstrat „incapacitatea de a se descărca sau de a se ocupa corespunzător de furie, agresivitate sau ostilitate (care, la rândul ei, era mascată de o aparentă amabilitate)." Cercetătorii au considerat că situațiile conflictuale nerezolvate ale pacienților se manifestau „prin negare și comportamente nerealiste, marcate de sacrificiul de sine"^.

Cercetarea efectuată de dr. Sandra Levy și asociații săi la U.S. National Cancer Institute privind relația dintre activitatea celulelor naturale ucigașe și modelele de adaptare emoțională la cancerul mamar a conchis că „suprimarea furiei și pasivitatea în răspunsuri, chiar stoicismul, sunt asociate cu sechele de risc biologic"^. Reprimarea furiei sporește riscul de cancer din motivul foarte practic că mărește expunerea la stresul fiziologic. Dacă oamenii nu sunt în măsură să recunoască intruziunea sau nu se pot afirma pe sine chiar și atunci când văd o abatere, este posibil să fi trăit în mod repetat daunele provocate de stres. Să ne amintim că stresul este un răspuns fiziologic, așa cum am văzut în capitolul 3, la o amenințare percepută, fizică sau emoțională, indiferent dacă persoana este sau nu conștientă imediat de percepție.

„Evident, mă lupt cu prima întrebare pe care știu că o pune toată lumea care are cancer: «Ce am făcut pentru a merita acest lucru? De ce eu? Am greșit

cu ceva?» Am trecut prin toate stările. Nu sunt cea care trebuia să aibă cancer de sân. Mi-am alăptat copiii până la 21 de luni. Am fumat un pic, numai când eram tânără. Nu am băut prea mult. Am făcut exerciții fizice. Am urmărit lipidele din alimentație. Nu trebuia să mi se întâmple asta." Vorbitoarea este Anna, o mamă a trei copii, pe la vreo 40 de ani, căreia i-a fost găsit un nodul suspect în urmă cu opt ani. Anna are una dintre genele cancerului mamar.

Chiar și în mica minoritate a cazurilor în care este un factor important predispozant, ereditatea nu poate explica de la sine cine va dezvolta cancer mamar și cine nu. Testele ADN au arătat că Anna a moștenit gena cancerului mamar de la tatăl ei. Alte rude cu aceeași genă, mai în vârstă decât ea, nu au dezvoltat cancer mamar. Anna este convinsă că stresul a fost esențial în apariția cancerului. Primul ei soț, om de afaceri, a abuzat-o emoțional toată căsătoria. In momentul în care s-a încheiat relația, ea trecuse și prin abuzul fizic. „Dacă mă întrebați de ce am cancer, s-a întâmplat pentru că mi-am permis să fiu distrusă în căsătoria aceea. Am fost aproape de sinucidere de mai multe ori... Nu am avut suficient respect de sine. Mă întrebam constant dacă sunt suficient de bună, dacă merit să fiu iubită. Mă căsătorisem cu mama mea, fiindcă soțul meu era exact ca ea. Nu eram niciodată destul de bună. Când mă uit în urmă, mă gândesc cum am putut să rămân într-o astfel de căsătorie. Am plâns mult din cauza asta la terapeut. Nu înțeleg cum i-am putut face asta sufletului meu, pentru că asta m-a durut. Am făcut rău esenței mele. Și cred că mi-am rănit și corpul.

In cele din urmă, am simțit că rămăsese foarte puțin din mine în lumea mea. Am luat opt medicamente pe zi pentru depresie, anxietate, insomnie, dureri, probleme intestinale. Era o situație în care fie muream, fie scăpăm. In acel moment, autoconservarea a învins și am scăpat. “

Anna se potrivește acestui pattern de „comportamente nerealiste marcate de sacrificiul de sine“, menționat în studiul psihanalitic al pacientelor cu cancer mamar din 1952. Ea este singura dintre cei patru frați care își asumă răspunderea pentru tatăl ei, care are acum 80 de ani.

- Mă atinge la coarda sensibilă. Mă simt oribil când are o problemă, când sună și spune: „Sunt atât de singur - nu am unde să merg și nimic de făcut astăzi.“ Sora mea, care e o scârbă, spune: „Hei, asta-i problema lui, a avut

un milion de opțiuni și de șanse.“ Am trecut printr-o scenă isterică cu el acum un an și jumătate, când l-am rugat să apeleze la servicii de îngrijire temporară timp de o lună. Fusese internat și eu eram la spital toată ziua, stând acolo cu orele. A ieșit și am făcut o cădere nervoasă purtându-i de grijă. Am tras cartea cu cancer - cartea cea mare — și am spus, de față cu asistenții sociali și cu toată lumea: «Tată, uite, am avut cancer și trebuie să am grijă de mine. Nu pot să te îngrijesc așa. Te rog (în acest punct plâng, pentru că eu sunt plângăcioasa familiei), te rog să stai aici timp de o lună.» El a spus: «Nu. De ce să fac asta? Nu vreau.» Lucrătorul social și șeful programului au intervenit: «Domnule W., nimeni nu vrea să intre într-un azil. Ați putea să faceți asta pentru fiica dumneavoastră? Uitați-vă la fiica dumneavoastră - plânge și îi este într-adevăr greu. Are nevoie de timp cu soțul ei; are nevoie de o pauză.» «Nu, n-o voi face. De ce ar trebui?» a întrebat el.“

- Când am avut dublă mastectomie, i-am întrebat pe fratele și surorile mele dacă vor avea grijă de tata pentru o vreme. „Nu pot să-1 iau după cină timp de câteva luni“, le-am spus. „Trebuie să mă refac“ In zece zile, era aici, la cină, deoarece nimeni altcineva nu avea grijă de el. Și nimeni nici măcar nu observa.

- Ți-ai asumat un rol matern față de tatăl tău. Acesta este și motivul pentru care ai fost luată de bună. Mama este ca lumea - trebuie doar să fie acolo si să *9*

ofere.

— Absolut. Fratele meu face același lucru - eu sunt si mama fratelui meu. *9*

9

Când dă telefon, copiii mei spun: „Unchiul Don trebuie să aibă o problemă, pentru că sună din nou.“ Suferă de depresie; el trece prin relații de nu îți vine să crezi. Când apare ceva, e aici zi și noapte. Apoi nu mă mai sună cu lunile. Nu poate fi deranjat.

- A venit odată în toată perioada cât am făcut chimioterapie. Am stat puțin de vorbă cu el cam la un an și jumătate după diagnosticul meu și după ce chimioterapia se încheiase. Aceasta a fost prima mea experiență de a spune

clar ce aveam nevoie cu adevărat. Am spus: „Don, am nevoie de ceva de la tine. Când merg la clinică pentru controale, vreau să mă întrebi cum a fost. Este foarte important pentru mine. Trebuie să mă întrebi ce s-a întâmplat la control. El s-a lăsat pe spate și a spus: „Și eu am nevoie de ceva de la tine" și s-a lansat într-o chestie lungă despre relația lui care se destrăma. Am stat acolo și m-am gândit că nu a reușit deloc să priceapă. Ai dreptate - la un moment dat mi-am dat seama că eu sunt mama.

Anna s-a simțit abandonată în mod repetat de mama ei, care o favoriza pe sora ei mai mare. „Nu am avut mamă, era absentă", spune ea. „Nu mă plăcea, așa că nu mi-am permis să îmi pierd și tatăl. Copiii sunt suficient de inteligenți să înțeleagă că au nevoie de un părinte. Iar tatăl meu m-a iubit într-un mod greșit." începând din adolescență, Anna a observat că tatăl ei îi arunca priviri sexuale fățișe, mai ales către sâni.

- Am simțit ceva din partea lui, lucru pe care l-am negat cea mai mare parte din viața mea, până când am primit consiliere. Nu mi-a făcut nimic, dar ar fi vrut. Mă privea într-un fel ciudat. Era o tensiune sexuală, care pentru o fată de 11 sau 12 ani... Sunt hipersensibilă la orice vine din partea bărbaților. Orice. Dar este cu atât mai greu pentru o tânără să creadă că tatăl ei simte asta. Adică, Dumnezeule mare, să inventezi un milion de scuze pentru ceva ce nu este real. Sora mea nu mai avea cum să apară vreodată în tricou când tata era prin preajmă.

- Tatăl meu este singura persoană care nu știe că mi-am extirpat sânii, deoarece nu i-am spus niciodată. Nu cred că va avea de gând altcineva să îi spună. Știe că am avut o operație legată de cancer.

L-a întrebat pe Steve (al doilea soț al Annei): *„Are* vreo legătură cu sânul?" iar Steve a spus: „Da, este o continuare a chestiei dinainte." Tata nu mi-a spus niciodată nimic. în perioada cu chimioterapia, era nepăsător și se purta de tot rahatul cu mine. Intra pe ușa din față și spunea: „Du-te și pune-ți peruca. Nu arăți bine." Am spus: „Știi ce, chiar sunt foarte, foarte bolnavă și tocmai m-am dat jos din pat ca să răspund la ușă." Numai că nu am spus-o așa de calm - am fost foarte nervoasă.

- L-am adus recent acasă și a spus: „Trebuie să vorbesc cu tine despre ceva. Știu că nu ești persoana căreia ar trebui să îi spun, dar nu am pe nimeni

altcineva." Apoi începe o întreagă discuție - el are 82 de ani - despre cum iubita sa nu vrea să facă sex cu el. „Bărbații au nevoi." Asta m-a învățat devreme. „O soție trebuie - mi-a spus direct - să nu-i spună niciodată nu soțului când el vrea sex, pentru că dacă o face, el are dreptul să primească din altă parte ce își dorește. Este datoria ta să oferi sex." își dorea să facă sex și iubita lui nu, el avea nevoi și nu știa ce să facă. M-am gândit: „Toată situația este atât de nepotrivită - nu ar trebui să vorbești cu fiica ta despre asta."

- înțeleg... Ai putea spune: „Tată, nu vreau să vorbim despre asta."

- Dar atunci ar fi jenat. S-ar simți rușinat și ar crede că a făcut ceva greșit. Este datoria mea să nu-1 las să se simtă rușinat. în ce moment ajung să spun „Nu vreau"? Cuvintele astea sună ciudat pentru mine în orice situație. Mai degrabă mint oamenii, nu răspund la telefon, spun: „Mă mut în Tibet, așa că nu pot participa la asta“ - fac orice altceva, numai să nu spun „nu vreau să fac ceva“. Iar când nu-mi mai vine nicio minciună în minte, le iau la rând pe toate în continuare.

Legătura directă dintre experiența din copilărie și stresul adultului le-a scăpat multor cercetători. Aproape începem să ne întrebăm dacă neatenția a fost deliberată. Adulții care au un istoric al copilăriei cu probleme nu se vor confrunta cu pierderi mai grave decât ceilalți, dar capacitatea lor de a face față va fi afectată de educația lor. Stresul nu apare într-un vid. Același eveniment extern va avea un impact fiziologic foarte variat, în funcție de persoana care îl trăiește. Moartea unui membru al familiei va fi procesată în mod diferit de o persoană care este bine integrată din punct de vedere emoțional și într-o relație de susținere, decât de o persoană singură sau - la fel ca Anna înainte de terapie - frământată de sentimentul de vină cronic din cauza condiționării din copilărie.

Betty Ford, fosta prima doamnă a SUA, este una dintre persoanele care, cel mai probabil, ar fi trecut cu vederea întâmplările din copilărie la completarea chestionarelor despre cancerul mamar. Doamna Ford a scris cu mult curaj în autobiografia ei, *The Times of My Life,* despre alcoolism și eforturile ei de vindecare după intervenția familiei, soțului, copiilor și a altora. A fost la fel de directă în a-și dezvălui diagnosticul și tratamentul pentru cancerul mamar, dar - după cum reiese din relatările sale publicate -

când vine vorba despre copilăria sa, încă vede viața în roz. Ea este genul tipic de persoană care își reprimă sentimentele pentru a păstra o relație idilică cu părintele.

Betty Ford, căsătorită cu un politician decent, dar ambițios, a cărui carieră ia dominat viața, a fost privată de emoții în relația conjugală. „Probabil că l-am încurajat pe soțul meu să bea. Era un om atât de rezervat, încât îi era greu să îmi spună că mă iubește. M-a cerut de soție spunând: «Aș vrea să mă căsătoresc cu tine.»“ Mai mulți ani, a suferit din cauza unor dureri lombare provocate de stres, diagnosticate ca „osteoartrită“ și tratate cu analgezice și tranchilizante. De asemenea, a băut foarte mult pentru a-și calma durerea fizică și emoțională. Ford se descrie fiind plină de îndoială de sine și incapabilă să se afirme:

Eram convinsă că, odată ce importanța lui Jerry creștea, a mea nu putea decât să scadă. Cu cât îmi îngăduiam mai mult să devin preș - știam că eram un preș pentru copii -, cu atât mai mult mila de sine mă copleșea. Nu fusesem niciodată cineva pe lumea asta?

In sinea mea, nu prea credeam că fusesem cineva. Cariera mea cu Martha Graham nu fusese un succes uriaș - aveam talent ca dansatoare, dar nu eram extraordinară -, iar încrederea mea fusese mereu șubredă. Nu puteam accepta că oamenii mă plăceau. Și am fost conștientă de faptul că nu am avut o diplomă universitară... Needucată. Nu Pavlova. Și nici pe jumătate femeia care fusese mama mea. Mă măsurăm cu niște idealuri imposibile - Martha sau mama mea - și mă apropiam puțin de ele. Asta este o rețetă bună pentru alcoolism.

Mama a fost o femeie minunată, puternică, binevoitoare și principială, și nu m-a lăsat niciodată. Era și perfecționistă și încerca să ne programeze pe noi, copiii, pentru perfecțiune. Mama nu a venit niciodată la noi cu problemele ei; le-a purtat pe umeri. A fost modelul meu cel mai puternic, astfel încât, atunci când nu mi-am putut asuma problemele, mi-am pierdut respectul pentru mine însămi. Indiferent cât de mult am încercat, nu puteam să mă conformez așteptărilor mele.^

Fosta primă doamnă pare oarbă la propriile dezvăluiri - despre modul în care și-a trăit copilăria, despre felul în care relația cu mama ei și, fără

îndoială, cu tatăl ei, despre care vorbește foarte puțin - i-au modelat personalitatea și stilul de adaptare. Ea nu vede capitularea în fața nevoilor și așteptărilor soțului -devenind „preș“ - ca pe un rezultat al condiționării din copilărie. Reprimarea emoțională, judecata aspră de sine și perfecționismul pe care Betty Ford le-a dobândit când era copil, fără nicio vină, sunt mai mult decât o „rețetă bună pentru alcoolism". Sunt și o „rețetă bună" pentru apariția cancerului mamar.

Note:

45 . J. Graham et al., „Stressful Life Experiences and Risk of Relapse of Breast Cancer: Observational Cohort Study“, *British MedicalJournal,* voi. 324, 15 iunie 2002.

46 D.E. Stewart et al., ‚Attributions of Cause and Recurrence in Long-Term Breast Cancer Survivors“, *Psycho-Oncology,* martie-aprilie 2001.

4Z S.M. Levy și B.D. Wise, „Psychosocial Risk Factors and Disease Progression“, în *Stress and Breast Cancer,* C.L. Cooper (ed.), John Wiley & Sons, New York, 1988, pp. 77-96.

48 M. Wirsching, „Psychological Identification of Breast Cancer Patients Before Biopsy“, *Journal of Psychosomatic Research,* voi. 26, 1982, citat în *Stress and Breast Cancer,* C.L. Cooper (ed.), John Wiley & Sons, New York, 1993, p. 13.

49 C.B. Bahnson, „Stress and Cancer: The State of the Art“, *Psychosomatics,* voi. 22, nr. 3, martie 1981, p. 213.

50 A făcut deja publică știrea despre cancerul lui mamar. Spre deosebire de femeile intervievate, el nu are nevoie să îi fie protejată identitatea. *(N. a.)*

51 S. Greer și T. Morris, „Psychological Attributes of Women Who Develop Breast Cancer: A Controlled Study“, *Journal of Psychosomatic Research,* voi. 19, 1975, pp. 147-153.

52 C.L. Bacon et al. ‚A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast“, *Psychosomatic Medicine,* voi. 14, 1952, pp. 453—460, parafrazat în C.B. Bahnson, „Stress and Cancer".

5_3 S.M. Levy, *Behavior and Cancer,* Jossey-Bass, San Francisco, 1985, p. 166.

54 B. Ford, *A GladAwakening,* Doubleday, New York, 1987, p. 36.

CAPITOLUL 6

E și o parte din tine, mamă

în *Lock Me Up or Let Me Go,* a doua carte de memorii a sa, Betty Krawczyk scrie despre moartea fiicei sale, Barbara Ellen, la 27 de ani, din cauza cancerului mamar.

Ultima migrenă pe care am avut-o a fost în centrul de îngrijire paliativă, acum aproape trei ani, când doctorul de serviciu mi-a spus că trebuie să îi comunic Barbarei Ellen că poate să moară.

- Vrea permisiunea ta ca să moară, a spus el cu blândețe.

Ne aflam într-o încăpere privată, rezervată special persoanelor ca mine.

- La naiba cu asta! i-am aruncat în față, șocată și îngrozită de sugestie. Nu are permisiunea mea să moară! Ii interzic...

In acel moment, mă dărâmasem și plângeam în hohote. Doctorul aștepta răbdător. Era obișnuit cu această reacție. Asta era treaba lui. > »

- Doamnă Krawczyk, cred că înțelegeți că suferința Barbarei Ellen pur și simplu crește de la o oră la alta.

- Ea nu suferă! Are branula în braț. A vorbit cu surorile si cu tatăl ei în această » >

dimineață, și-a văzut prietenii chiar ieri, a vorbit cu băiețelul ei și l-a îmbrățișat...

- Acela a fost un cadou. Un cadou pe care l-a făcut celor dragi, ca să își ia rămas bun de la toată lumea. Sunteți singura de la care nu și-a luat adio. Vrea să facă asta acum. Vrea permisiunea dumneavoastră să plece...

- O, nu, vă rog! Cine credeți că sunteți, Dumnezeu? De unde știți că i-a venit clipa?

Și atunci am ajuns să implor.

- Mai dați-mi câteva zile, vă rog. Vă rog să îi puneți din nou perfuziile...

- Nu dorește asta. Trebuie să fiți suficient de puternică pentru a-i oferi fiicei dumneavoastră ce are nevoie acum. Ea are nevoie de ajutor, să o lăsați să plece; este singurul mod în care o puteți ajuta, lăsând-o să plece.

Durerea de cap era atât de puternică, încât am crezut că o să mor înainte de Barbara Ellen. Dar nu am facut-o... Până în seara următoare, mi-am revenit destul ca să îi spun fiicei mele că, dacă obosise să fie bolnavă și voia să plece, nu aveam să mai încerc să o opresc. M-a ținut de mână și mi-a spus că mă va aștepta oriunde avea să meargă, și a murit în dimineața aceea, în brațele mele, cu sora ei, Marian, tinând-o de mână, si cu tatăl ei aproape.^

Eu am fost medicul responsabil de tratamentul paliativ în acea scenă. Mi-o amintesc bine pe Barbara Ellen, ghemuită în patul ei de spital, sub fereastră, în prima încăpere din dreapta holului, cum intrai din lift în secție. Trebuie să mărturisesc de la bun început, fusese redusă la dimensiunea unei umbre din cauza cancerului în stare terminală. Vorbea foarte puțin și părea tristă. Nu știam nimic despre povestea ei, cu excepția detaliilor esențiale despre boală. Fusese diagnosticată cu cancer mamar inflamator, un tip de cancer care lovește femeile tinere și are un prognostic extrem de prost. Ea refuzase toate tratamentele medicale convenționale - nefiind în întregime o alegere irațională, având în vedere diagnosticul ei, dar foarte neobișnuită. Astfel de alegeri presupun întotdeauna mai mult decât simple date medicale, iar sentimentul meu era că această tânără se simțea destul de izolată - se simțise asa toată viața. Uneori, voiam doar să o legăn și să o țin în brațe ca pe un copil mic.

Am stat de vorbă cu Barbara Ellen după vizitele de dimineață, așa cum își aduce aminte Betty ultima zi a fiicei sale:

- Cât timp mai am? a întrebat ea.

- Nu mult. Cum te simți?

- Mi-a ajuns. îmi dai ceva ca să mă ții în viață?

- Numai perfuzii. Fără fluide, ai muri într-o zi, două. Vrei să le scoatem?

- Mama n-ar suporta asta.

- Am impresia că ai avut întotdeauna grijă de ea în unele privințe, așa că s-ar putea să îți fie greu să faci ce vrei acum. Dar nu mai trebuie să ai grijă de ea. Ce ai face dacă te-ai îngriji doar pe tine?

- Aș scoate perfuziile.

- Respect sentimentele mamei tale. Este extrem de greu pentru un părinte -îmi pot doar imagina cât de greu de suportat este. Dar aici tu ești pacientul meu, iar responsabilitatea mea principală ești tu. Dacă vrei, voi vorbi cu ea.

Recent, eu și Betty Krawczyk ne-am întâlnit din nou pentru a vorbi despre viața și moartea fiicei sale. Vorbiserăm puțin după moartea ei, când Betty era îndurerată și încerca să înțeleagă de ce fiica ei murise înainte de vreme. I-am povestit cum am înțeles eu posibila legătură dintre o copilărie stresantă și un risc crescut pentru dezvoltarea ulterioară a cancerului. La scurt timp după aceea, am primit prin poștă un exemplar al primului său volum de memorii: *Clayoquot: The Sound of My Heart.* Pe copertă era scris: „Iată cartea mea. Ea spune mai multe despre relația cu fiica mea, care a murit de cancer mamar pe 30 aprilie în secția dumneavoastră." După ce am citit cartea, am sperat că Betty va fi de acord să fie intervievată pentru *Când corpul spune nu.* După cum s-a dovedit, Betty se gândise la mine, dacă tocmai scrisese pasajul citat. Era interesată să afle mai multe despre perspectiva mea și spera să o ajut să înțeleagă unele lucruri pe care Barbara Ellen le spusese în ultimele șase luni de viață.

Nu a fost o discuție obișnuită, dar asta pentru că Betty nu este o femeie obișnuită. Este bine-cunoscută în Columbia Britanică si în afara acesteia))

pentru ecologism. Titlul primei sale cărți se referă la o rezervație de pădure tropicală cu renume internațional de pe coasta de vest, Clayoquot Sound,

amenințată în urmă cu câțiva ani de interesele pentru exploatarea lemnului. In septembrie 2001, Betty, în vârstă de 73 de ani, a fost încarcerată patru luni și jumătate pentru sfidarea Curții, în urma unui alt protest forestier. Deși *Clayoquot* se referă mai ales la experiențele lui Betty în calitate de cruciat ecologist, ea povestește și o istorie vie și onestă a vieții sale. Cu patru soți și opt copii, ea a avut o viață plină de evenimente. In prezent, este mamă-surogat pentru fiul Barbarei Ellen, Julian, care avea doar doi ani când mama lui a murit.

In ultimele șase luni înainte de a muri, Barbara Ellen a scos la iveală furia adâncă pe care o simțea față de mama ei. Betty se străduia încă să înțeleagă acea furie.

Betty Krawczyk s-a născut în sudul Louisianei care, la acea vreme, spune ea, era „în mare parte, o mlaștină mare". „N-am fost crescută să fiu protestatară", scrie ea în *Clayoquot.* „Am fost crescută de o sudistă albă, săracă, de la țară."

Memoria este atât de selectivă, atât de subiectivă. La o discuție cu frații mei în urmă cu câțiva ani, eram amuzați și oarecum uimiți să aflăm că fiecare dintre noi îi simțise pe ceilalți favorizați în familie. Știu că eu sigur am simțit asta. De fapt, încă o mai fac. Fratele meu era mai mare și singurul băiat, așa că a primit cea mai mare atenție. Ce a mai rămas a mers la sora mea, pentru că era mică și fragilă. Pe lână ea, eu eram o fatucă mare, sănătoasă, care se putea distra singură, așa că nimeni nu mă lua în seamă. Ceea ce, din punctul meu de vedere, era bine.

Chiar nu voiai ca tata să te observe. Dacă ar fi făcut-o, aveai necazuri. Nu pentru că era gata să ne bată, ci pentru că amenințarea exista întotdeauna acolo. Noi ne aflam acolo ca să fim văzuți, nu auziți, și văzuți cât mai puțin posibil. Mama era altfel. Era caldă și iubitoare. Cu toate că am știut întotdeauna că îi favorizează pe fratele meu și pe sora mea, ea era atât de plină de dragoste, încât o parte din ea s-a revărsat și asupra mea. După ce am crescut, am confruntat-o cândva din perspectiva gândurilor pe care le ascunsesem și a fost rănită si uimită, insistând că, dacă le acordase mai multă atentie celorlalți doi, era deoarece aveau nevoie de ea mai mult decât mine. Eu am fost întotdeauna mai independentă din punct de vedere emoțional.^

In ciuda aparentei independențe emoționale, tânăra Betty a suferit de „coșmaruri crunte și închipuiri agitate în întuneric". A plecat de acasă devreme, căsătorindu-se cu „primul bărbat care a venit la tribunal și care a putut dovedi că este solvabil". La scurtă vreme, și-a părăsit soțul, dar nu înainte de a naște trei copii: „Era un colecționar compulsiv de himene intacte. Nu s-a oprit după ce ne-am căsătorit. In cele din urmă, a adunat prea multe."

Au urmat încă trei căsătorii și cinci copii în următoarele două decenii. Barbara Ellen a fost al șaptelea dintre ei, născută chiar înainte ca Betty să se mute în Canada în 1966, cu „șase copii după ea" și a treia căsătorie pe punctul de a se destrăma. Locuiau în Kirkland Lake, Ontario. Soțul ei, profesor, era dependent de muncă, distant emoțional, și mai și bea. „Nu-mi plăcea John când bea", scria ea. „Devenea un ipocrit și un acuzator imposibil. Așa că m-am trezit evitând aceleași situații sociale în care fusesem inițial. Și depresia mea s-a adâncit... Am început să mă uit la John și să mă întreb cine era cu adevărat. M-am gândit că prima iarnă în Kirkland Lake nu se mai încheia și că primăvara nu mai apărea. De fapt, primăvara nu a venit niciodată... Cei mai frustrați din acea primăvară inexistentă am fost eu și copilașul, Barbara Ellen."

Betty a găsit o cale de a ieși din relația cu soțul ei, îndrăgostindu-se de șeful de catedră al liceului si mutându-se cu el în Columbia Britanică. Aici a crescut)

Barbara Ellen în mare parte, deși au existat mișcări de du-te-vino între Canada de Est și de Vest și între Statele Unite și Canada. A patra căsătorie a lui Betty a eșuat și ea, însă de-a lungul anilor s-a descoperit pe sine ca femeie și activistă.

Barbara Ellen era un copil sensibil, cu probleme de sănătate. La vârsta de patru ani, a început să aibă simptome de vomă și leșinuri cărora nimeni nu putea să le pună un diagnostic. Aceste accese au apărut intermitent de-a lungul anilor, iar Betty crede că erau legate de stresul din viața fiicei sale. Ca tânără, Barbara a devenit dependentă de analgezice și tranchilizante pe care și le injecta în corp. S-a luptat cu dependența de droguri până în momentul diagnosticului de cancer la sân. Fără să aibă experiențe stabile, nu putea să mențină o relație intimă cu un bărbat: trecea dintr-o relație în

alta. Julian s-a născut când Barbara Ellen avea 25 de ani, iar ea s-a căsătorit la scurt timp după aceea cu un bărbat care nu era tatăl copilului. „Acea căsătorie nu a durat mult“, spune Betty. „Martin nu a putut face față căsătoriei și faptului că avea un copil vitreg. “

Barbara era foarte inteligentă, sensibilă și creativă. La un moment dat, a condus o școală de balet pentru copii, fiind ea însăși dansatoare. Avea grijă de Julian și preda cursuri de dans în Vancouver când a descoperit cancerul. „Mi-a spus că își făcuse mamografia și că au vrut să îi facă o mastectomie. Ea nu era dispusă să accepte asta. Barbara avea o minte ageră. A analizat toate materialele referitoare la tipul de cancer pe care îl avea și a investigat rezultatele tratamentului pe categoria sa de vârstă, în SUA și Canada. Nu i-a plăcut felul în care arăta. „Nu o să trec prin toate astea“, a spus ea. „Nu vreau să fiu bolnavă, nu vreau să fiu mutilată, nu vreau toate chestiile astea cu chimioterapia. Am de gând să-1 tratez holistic și să fac tot ce pot cu el.“ Ne-a cerut mie și lui John să îi sprijinim alegerea și să încercăm să nu ne amestecăm.

- Cum a fost asta pentru tine?

- A fost oribil. Imediat am vrut să fac ceva. Am încercat să o fac să analizeze și alte opțiuni, și atunci era foarte, foarte furioasă, și de neclintit, și a țipat la mine - nu o mai făcuse niciodată. A fost supărată pe mine - aș zice - ultimele șase luni din viața ei. înainte nu ar fi rămas în starea respectivă; când era supărată pe mine, spunea: „Bine, mamă, dacă vrei să crezi asta, crede“ și ar fi trântit ușa sau așa ceva, dar asta era tot.

- Nu este tocmai o exprimare a furiei - mai mult a înfrângerii și a frustrării.

- Mereu a fost dezamăgită de mine din anumite motive și nu știu de ce. Cred că am fost un părinte îngrozitor. Personalitatea mea i-a făcut rău.

- Ești plină de lacrimi. încă te mai simți vinovată?

- Poate nu atât vinovăție, cât sentimentul că nu au încredințat-o altcuiva care ar fi putut să se ocupe de ea. A fost un copil extraordinar, sensibil față de lume, de înțelegerea ei, un copil bun.

- Bunătatea... cum era ea în copilărie?

- Era precoce. Oriunde mergea cu mine, oamenii rămâneau impresionați de comportamentul ei și de nivelul ei - nu vreau să spun că o facea pe adultul - de înțelegere a lumii adulților.

- Dar din punct de vedere emoțional?

- Emoțional? Era un copil foarte iubitor și afectuos. Era foarte blândă și întotdeauna iubită de toată lumea, întotdeauna preferata profesoarei. Totuși, alți copii nu păreau să fie nemulțumiți de acest lucru.

- Aveți senzația că cineva a încercat vreodată să o abuzeze?

- A existat un incident. Fusesem în Louisiana în vizită la mama si sora mea.

Sora mea avea patru băieți. Un băiat era cu un an mai mare decât Barbara și mai solid. Barbara avea în jur de 12 ani. Nu mi-a spus despre asta. Abia când ne-am întors din California i-a spus lui Margaret, sora ei. Margaret a venit și mi-a povestit că vărul ei încercase să stea deasupra Barbarei. Erau singuri în casă. Barbara era furioasă din cauza asta. îmi amintesc că am întrebat-o pe Margaret: „De ce nu a venit să îmi spună mie?“ și ea a răspuns: „S-a gândit că Doris este sora ta, că va provoca un mare tărăboi între voi două.“

Eu și Betty am vorbit apoi despre boala și moartea Barbarei. în momentul în care Barbara a fost diagnosticată, Betty candida la alegerile regionale pentru Partidul Verde. A renunțat la candidatură pentru a petrece timp cu fiica ei bolnavă. Am întrebat-o dacă i-a fost greu să facă asta.

- Nu a fost atât de greu. Sentimentul meu a fost că aveam nevoie una de cealaltă. Dar a existat ceva în legătură cu personalitatea mea care o irita întotdeauna. Vocea mea era prea puternică pentru ea, acțiunile mele erau ostentative. Eram prea mult pentru constituția ei delicată - doar așa pot să descriu asta. Sunt prea directă, prea sigură pe părerile mele și prea agresivă în acțiuni. Personalitatea ei era exact opusă - îi plăcea să se gândească la

lucruri, să fie liniștită și să încerce să aibă o viziune holistică asupra personalității altora.

- Sună de parcă avea impresia că ești mai critică decât voia să fii.

- M-a acuzat întotdeauna că sunt critică. Am stat puțin și mi-a spus să plec, îmi spunea mereu când era obosită de mine și avea nevoie să se odihnească, pentru că mă considera obositoare.

- Asta în ultimele sase luni?

9

-Da.

— De ce crezi că asta e cauza? Nu ești obositoare. Nu există persoană obositoare.

- Personalitatea mea o obosea după un timp - era prea intensă.

- Când obosește cineva?

9

— Când lucrează. Deci crezi că i-a fost greu să fie cu mine.

- Trebuia să muncească prea mult în preajma ta.

-Aha.

- Acum te întrebi de ce spun asta. Ar fi foarte neobișnuit pentru tine să fii deschisă ca să auzi acest lucru, dar toată viața ta a fost o căutare a adevărului. Știu și înțeleg acest lucru. Uite ce e, Barbara a venit în viața ta când nu exista deloc stabilitate.

- Asa este. *9*

— Treceai prin etapele finale ale relației cu John când ai rămas însărcinată cu ea și te-ai simțit cu totul singură. Nu ai simțit că ești partenera lui și ai

început să îți dai seama că, deși John era interesant din punct de vedere intelectual, emoțional vorbind, erai destul de singură. Ai părăsit relația implicându-te într-o alta cu Wally. Apoi ați zburat spre partea de Vest a Canadei alături de copii. Dar s-a întâmplat ca John să ia custodia tuturor copiilor în afară de Barbara Ellen. Ea acoperea un gol imens din viața ta dintr-odată, chiar de la începutul vieții.

9

Caracteristicile stresului nu sunt întotdeauna cele la care se gândesc oamenii. Nu este vorba despre stresul extern provocat de război, de pierderea banilor sau de moartea cuiva. Este stresul intern de a te adapta unei alte persoane. Cancerul, SLA, SM, artrita reumatoidă și toate celelalte boli apar în cazul persoanelor care nu au un simț puternic de independență. Pot fi foarte împliniți în arte sau din punct de vedere intelectual, dar nu au respect față de sine la nivel emoțional. Ei trăiesc reacționând fată de ceilalți, fără să simtă vreodată cu adevărat cine sunt.

Faptul că Barbara trecea de la un bărbat la altul arată că nu avea suficientă încredere în sine care să o susțină. îndată ce o relație se termina, trebuia să intre în alta pentru a se simți bine cu ea însăși. Aici intră în ecuație și dependențele.

Barbara a intrat în viața ta când aveai multe nevoi din punct de vedere emoțional și erai extenuată. Cred că dezvoltarea ei intelectuală precoce este specifică copiilor inteligenți și sensibili atunci când mediul emoțional nu este capabil să îi apere suficient; dezvoltă acest intelect foarte puternic, care îi apără. De aici apar și maturitatea lor intelectuală și capacitatea de a se raporta la adulți. Oamenii îmi spuneau în copilărie că sunt foarte matur. întotdeauna am crezut că sunt, pentru că în acest mod puteam să par foarte matur. Dar atunci când mă privesc din punct de vedere emoțional, știu că am fost imatur. Am 58 de ani si încă mai încerc să mă maturizez.)

- Asta este foarte interesant.

- Ceea ce nu se dezvoltă într-o zonă se va dezvolta în alta, asta în cazul în care copilul este pregătit. Barbara și-a dezvoltat intelectul pentru a se simți

în largul ei. Cred că asta s-a întâmplat pentru că nu ai fost în stare să îi acorzi sprijinul emoțional de care avea nevoie în copilărie.

- Si eu cred asta.

- Când părintele nu muncește să întrețină relația, copilul trebuie să facă acest lucru. O face prin faptul că este o fată bună. O face prin precocitate și maturitate intelectuală. Când ajunge la vârsta gândirii abstracte, cam pe la 13 sau 14 ani, atunci când au loc aceste conexiuni din creier, devine dintr-odată cutia ta de rezonanță intelectuală. Relația nu se bazează pe nevoile ei, ci mai mult pe ale tale. Odată cu întâmplarea cu acel băiat care încerca să se urce pe ea, te protejează de durerea ei emoțională prin a nu îți spune. Nu te anunță despre asta. Ea are grijă de tine.

Vrea să păstreze pacea în familie. Nu acesta este rolul copilului. Rolul copilului este să meargă la mama ei și să îi spună: „Ticălosul ăsta a încercat să urce pe mine! La naiba cu pacea! “ Știu că asta ai fi vrut să facă. Nimic din toate acestea nu este deliberat. Totul se întoarce la propria experiență de copil.

Am avut interacțiuni asemănătoare cu fiul meu cel mai mare, așa cum descrii tu cu Barbara. El mi-a spus la un moment dat: „Tată, nu știu unde termini tu și unde încep eu.“ Așa este. întotdeauna am spus că nu sunt îngrijorat dacă vor fi supărări pe mine copiii; sunt îngrijorat că nu vor fi suficient de supărări.

Ceea ce vedeai în sfârsit în ultimele sase luni de viată ale Barbarei este că)
) >

începea să stabilească granițe. Ea spunea nu, iar furia pe care o reprimase izbucnea.

- Corect...

- Așa o percep eu. Oamenii pe care îi văd și care suferă de toate aceste boli au dificultăți să spună nu și să își exprime furia. Ei tind să o reprime sau, în cel mai bun caz, o exprimă sarcastic, dar niciodată direct. Totul vine din

nevoia timpurie de a construi relația cu părintele, de a lucra la această relație.

Cred că Barbarei i-a fost greu să întrețină relația cu tine. îmi aduc aminte că i-am semnalat chestia asta cu mare prudență. Mi-a mărturisit că se întâmpla ceva, dar că nu voia să vorbească despre asta. Se retrăgea în sine și eu nu eram decât un străin în ochii ei. Nu urma să mi se destăinuie.

- Nu îi era ușor să se deschidă față de cineva. De fapt, în ultimele luni, mă chema să fumăm împreună câte un joint ca să ne putem relaxa și vorbi, spune Betty.

- Cum se simțea asta?

- A fost bine, pentru că vorbea despre ea. îmi spunea: „Nu știu ce este cancerul, dar este aici și pare că nu mai vrea să plece. Am invitat cancerul în corpul meu.“ îmi amintesc că m-am îngrozit și am spus: „Barbara, nu înțeleg acest lucru." „Ei bine, pentru că îl trăiesc ca parte a vieții mele și pentru că e și o parte din tine, mamă. Ai propria parte din cancerul meu.“ Și mai știi ceva, Gabor - a văzut pe cineva cu o seară înainte să moară. Ea a spus că exista un bărbat care avea să vină să o ia și căruia îi spusese că nu era pregătită. în seara următoare, mi-a spus: „Omul acela - vreau să vină.“ „Ce om? Vrei să chem doctorul?" Ea a spus: „Nu, omul care a venit pentru mine și i-am spus că nu sunt pregătită." Mi-a mărturisit că atunci era pregătită. îi spusesem cu câteva ore înainte că, dacă se săturase să fie bolnavă, nu trebuia să mai reziste. Atunci îmi povestise despre bărbat. Mi-a spus că se simțea pregătită pentru el și a murit la ora 8:00 în acea dimineață. Ai citit vreodată ceva din Kubler-Ross? Știi

că vorbește despre însoțitori, oamenii care vin pentru noi când murim. Era atât de ciudat. Chiar m-a făcut să mi se ridice părul pe spate.

- De ce este ciudat pentru tine?

- Ei, vrei să spui că există un înger al morții?

- Trebuie să fie așa? Mintea are o experiență și noi o transpunem într-o imagine. Există un sentiment mai profund că se întâmplă ceva, dar mintea

nu poate trăi asta decât prin gânduri și imagini.

Betty a avut o ultimă întrebare:

- De ce nu pot părinții să vadă durerea copiilor?

- A trebuit să mă întreb același lucru. Pentru că nu o vedem pe a noastră. Când am citit cartea ta, *Clayoquot,* am văzut dovezile că nu îți recunoscuseși încă durerea. Asta însemna că nu aveai cum să o înțelegi clar pe a Barbarei. Dacă te gândești la asta doar în termenii dualității dintre tine și Barbara, vei simți mai multă vinovăție - s-ar putea să te acuzi de lucruri care nu ar fi corecte. Cert este că ești produsul unei anumite educații și al unui anumit fel de viață. Viața ta a fost întotdeauna o încercare de a te descoperi pe tine și de a încerca să găsești adevărul în lume. A fost o luptă adevărată. Este uimitor ce ai făcut, provenind din mediul pe care l-ai descris. Totuși, ești sigură că vrei să auzi asta?

- Te rog, continuă.

- Le dedici *Clayoquot* Barbarei Ellen și minunatei tale mame. S-ar putea ca mama ta să fi fost minunată, dar când scrii asta, nu ești deplin conștientă de furia pe care o simți față de propria mamă și cât de rău te-a dezamăgit. „Cu toate că am știut întotdeauna că îi favorizează pe fratele meu și pe sora mea, ea era atât de plină de dragoste, încât o parte s-a revărsat și asupra mea.“ De fapt, cum simte asta un copil - a cui perspectivă este aceasta?

- Nu m-am simtit niciodată neiubită.

- Bineînțeles că nu te-ai simțit neiubită și eu nu spun că mama ta nu te-a iubit. Insă, parțial, nu te-ai simțit neiubită pentru că ți-ai ascuns durerea în preajma ei. Scrii: „După ce am crescut, am confruntat-o cândva din perspectiva gândurilor pe care le ascunsesem și a fost rănită și uimită, insistând că, dacă le acordase mai multă atenție celorlalți doi, o făcuse pentru că aveau nevoie de ea mai mult decât mine. Eu am fost întotdeauna mai independentă din punct de vedere emoțional/' Aceasta a fost stratagema ta pentru a face să pară că ești independentă emoțional, pentru a-ți proteja mama și pentru a evita ca sentimentele să îți fie înșelate. Asta a fost suprimarea propriei dureri. „Cu toate că am știut întotdeauna că îi

favorizează pe fratele meu și pe sora mea, ea era atât de plină de dragoste, încât o parte din ea s-a revărsat și asupra mea." este și perspectiva unui adult care încearcă să se distanțeze de realitatea emoțională a experienței. Perspectiva copilului ar fi diferită. Cum s-a simțit, de fapt?

- Știu că îi purtam pică pentru atenția acordată surorii mele. Era mică, își ținea respirația și se învinețea. Ulterior, a studiat să devină asistentă medicală, să obțină o diplomă și a avut patru copii. Era dependentă de droguri și alcoolică, și a murit din cauza unei supradoze înainte să împlinească 50 de ani. Părinții mei s-au străduit cu ea, mai ales mama.

- Sari atât de repede în apărarea părinților tăi.

- Pentru că sunt părinte.

- Pentru că te aperi împotriva propriei dureri în relația cu părinții tăi. Ai avut coșmaruri...

— Toată lumea ar avea coșmaruri dacă ar trece prin ce am trecut.

- Coșmarurile se referă la cele mai profunde temeri ale noastre. Un copil se teme de monștrii de sub pat. Tu aprinzi lumina și îi arăți că nu există monștri, iar în clipa următoare se teme din nou. De fapt, de ce se teme el? Se teme că nu este protejat, că nu este suficient îngrijit. Poate că există ceva monstruos în părinte, poate că părintele este furios și atunci copilul se sperie cu adevărat. Copilul simte această teamă, astfel încât mintea lui creează imaginea unui monstru.

- Coșmarurile pe care le-am avut erau legate de tatăl meu. L-am detestat. Nu cu mult timp în urmă, vorbeam cu fratele meu, care fusese și el terorizat. A devenit inginer aeronautic în ciuda a toate astea; deși a fost alcoolic pe tot parcursul vieții, nu a pățit nimic și excelează în domeniul său. Nu cu mult timp în urmă, mi-a spus: „Știi, Betty, te-am admirat întotdeauna când eram copii, pentru că nu ți-a fost teamă să îi ții piept lui tata." Nu este adevărat - eram îngrozită, dar opuneam o anumită rezistență. In mintea fratelui meu, am fost o luptătoare pentru libertate, deoarece el nu i-ar fi spus niciodată

vreun cuvințel tatălui meu. Tatăl meu îl credea un fătălău, pentru că învăța tot timpul.

- Un alt motiv pentru care ai avut coșmaruri legate de el este că nu puteai vorbi cu mama ta despre niciunul dintre aceste sentimente.

- Ce să îi spun mamei - „Il urăsc pe tati și nu știu cum Dumnezeu te descurci cu el“?

- Nu, doar: „Mami, îl urăsc pe tati.“

- Asta n-ar fi mers. Biblia spune să îți cinstești mama și tatăl.

Nu o învinovățesc pe mama pentru relație - ea are propria poveste. Nu poate să se lupte și să se împotrivească prea mult. Dar dezamăgirea e mai mare în cazul experienței cu mama. Vii din corpul unei mame și te raportezi la mamă. Mama este întregul univers pentru noi. Este universul care ne dezamăgește. Când tatăl este o figură abuzivă, amenințătoare, universul ne protejează sau nu.

- Nu spun că este vina mamei. Situația are legătură cu poziția femeilor în societate și cu relațiile dintre oameni. Vorbesc doar despre experiența copilului. Copilul nu știe, din moment ce nu îi poate scăpa ceva cu care nu este familiarizat. El se confruntă, de fapt, cu abandonul din partea mamei. Când spui „asta n-ar fi mers“, spui cu adevărat că mama ta nu a avut cum să ajungă la rădăcina problemei. Nu ne gândim la asta ca la o dezamăgire, dar este o rană mai profundă decât orice altceva.

Există o carte feministă minunată scrisă de Dorothy Dinnerstein, *The Mermaid and the Minotaur,* care vorbește despre modul în care rolul exclusiv pe care îl au femeile în creșterea timpurie a copilului distorsionează dezvoltarea lui. Atunci când femeia este căsătorită cu un bărbat imatur, ea este mamă și pentru soțul ei, așa că nu are deschidere și energie pentru copii. Adevăratul tău rival pentru afecțiunea mamei nu a fost sora, ci tatăl tău.

- Este atât de ciudat, pentru că înainte de moartea surorii mele, toți trei vorbeam într-o zi despre tata. Animozitatea pe care o simt față de tatăl meu este nimic în comparație cu ce simțeau sora și fratele meu. Amândoi l-au urât pe tata. Noi am continuat să vorbim, iar mama a intrat în cameră și a spus: „Știți, când voi vorbiți despre tatăl vostru, întotdeauna mă supăr, pentru că a fost un om bun. Nu cred că i-am acordat suficientă atentie niciunuia dintre voi. Dacă ar trebui să fac asta din nou, v-aș acorda mai multă atenție tuturor și mai puțină lui tati."

- Poate. Dar ea nu își dă seama că el a primit atenția pe care a cerut-o. De-ar fi avut mai puțină, ar fi facut-o să sufere pentru asta.

Barbara Ellen și mătușa ei, care a murit în urma unei supradoze, unchiul ei alcoolic și Betty, curajoasa sa mamă, și toți copiii lui Betty au suferit, într-o măsură sau alta, din cauza imaturității solicitante a tatălui lui Betty și din cauza lipsei de încredere reală a mamei sale. Iar acești părinți sufereau și cărau povara generațiilor. Nu este nimeni vinovat, dar sunt generații după generații care au trăit să contribuie la geneza cancerului mamar al Barbarei Ellen.

Note:

55 . B. Krawczyk, *Lock Me Up or LetMe Go,* Raincoast, Vancouver, 2002.

56 Idem, Clayoquot: *The Sound ofMy Heart,* Orca Book Publishers, Victoria, 1996.

CAPITOLUL 7

Stres, hormoni, reprimare și cancer

„Marea majoritate a cancerelor pulmonare sunt cauzate de agenți cancerigeni și de markeri tumorali ingerări prin fumat", se afirmă în cea de-a douăsprezecea ediție a *Harrisons Principles of Internai Medicine.* Declarația este incorectă din punct de vedere științific, în ciuda adevărului pe care îl conține. Fumatul nu determină apariția cancerului la plămâni, așa cum nici căderea în apă adâncă nu provoacă înecul. Scufundarea în apă adâncă poate fi fatală pentru înotătorul neprotejat; pentru o persoană care înoată bine sau este echipată cu vestă de salvare, aceasta prezintă un risc redus. Este necesară o combinație de factori pentru a cauza înecul. La fel se întâmplă și în cazul cancerului pulmonar.

Fumatul crește considerabil riscul de cancer nu numai în cazul plămânului, ci și al vezicii urinare, al gâtului și altor organe. Numai că logica ne spune că nu poate singur să *provoace* vreuna dintre aceste malignități. Dacă A cauzează B, atunci de fiecare dată când A este prezent, ar trebui să urmeze B. Dacă B nu îl urmează constant pe A, atunci A nu poate fi cauza lui B - chiar dacă în majoritatea cazurilor ar putea fi un factor de contribuție major și poate necesar. Dacă fumatul ar cauza cancerul pulmonar, fiecare fumător s-ar îmbolnăvi.

In urmă cu câteva decenii, David Kissen, un chirurg toracic britanic, relata că pacienții cu cancer pulmonar erau caracterizați adesea de tendința de a-și „înăbuși" emoțiile.[52] In mai multe studii, Kissen și-a susținut părerile clinice că persoanele cu cancer pulmonar „au debușeuri sărace și limitate pentru exprimarea emoției, în comparație cu pacienții cu tumori pulmonare fără malignitate și cu grupul de control"[5^]. Kissen a constatat că riscul de cancer pulmonar a fost de cinci ori mai ridicat la bărbații care nu aveau capacitatea să exprime emoția eficient. Mai contrariant a fost că *pacienții care sufereau de cancer pulmonar și fumau, dar nu trăgeau fumul în piept, reprimau și mai mult emoțiile decât cei care îl inhalau.* Observațiile lui Kissen au sugerat că reprimarea emoțională lucra sinergie cu fumatul în

legătura de cauzalitate a cancerului pulmonar. Cu cât reprimarea este mai severă, cu atât este mai mică dauna provocată de fum necesară pentru a duce la cancer.

Opiniile lui Kissen au fost confirmate într-un mod spectaculos de un studiu prospectiv efectuat de către cercetători germani, olandezi și sârbi, pe o perioadă de zece ani în Cvrenka, fosta Iugoslavie. Scopul studiului a fost acela de a investiga relația dintre factorii de risc psihosociali și mortalitate. Cvrenka, un oraș industrial cu aproximativ 14 000 de locuitori, a fost ales parțial pentru că se știa că are o rată mare a mortalității și pentru că baza stabilă a populației permitea o monitorizare mai ușoară.

Aproape 10% dintre locuitorii orașului au fost selectați, aproximativ 1000 de bărbați și 400 de femei. Fiecare a fost intervievat în perioada 1965-1966 cu un chestionar de 109 de itemi care indicau factori de risc precum evenimente nefaste de viață, un sentiment de deznădejde de lungă durată și un stil de adaptare hiper-rațional, lipsit de emoție. De asemenea, au fost înregistrați și parametri fizici, precum nivelurile colesterolului, masa corporală, tensiunea arterială și istoricul fumatului. Persoanele cu boli deja diagnosticate au fost excluse din proiectul de cercetare.

Până în 1976, zece ani mai târziu, peste 600 de participanți la studiu au murit din cauza cancerului, a bolilor cardiace, a atacurilor cerebrale sau din alte cauze. Singurul factor de risc și cel mai mare indicator al deceselor - provocat mai ales de cancer - a fost ceva ce oamenii de stiintă au numit raționalitate si *9 9 9 9*

anti-emoționalitate, sau R/A. Cele unsprezece întrebări care identifică R/A au măsurat o singură trăsătură, reprimarea furiei. „Intr-adevăr, *incidența cancerului a fost de aproximativ 40 ori mai mare la cei care au răspuns pozitiv la 10 sau 11 dintre întrebările pentru R/A decât la restul subiecților,* care au răspuns pozitiv la aproximativ 3 întrebări în medie... Am constatat că fumătorii nu au avut nicio incidență de cancer pulmonar decât dacă au avut punctaje R/A de 10 sau 11, *sugerând că orice efect al fumatului asupra plămânului este în esență limitat la o «minoritate receptivă».*

Aceste constatări nu absolvă produsele din tutun sau producătorii de țigări de responsabilitatea privind incidența cancerului pulmonar, dimpotrivă.

Toate cele 38 de persoane decedate din cauza cancerului pulmonar din studiul

Cvrenka erau fumătoare. Rezultatele au indicat că nu este suficient numai tutunul ca să apară cancerul pulmonar: reprimarea emoțională trebuie să potențeze cumva efectele cauzate de fumul de țigară în organism. Dar cum?

Influențele psihologice aduc o contribuție biologică decisivă la apariția bolii maligne - prin conexiunile dintre componentele aparatului de stres al corpului: nervii, glandele hormonale, sistemul imunitar și centrii cerebrali în care emoțiile sunt percepute și procesate. Activitatea biologică și psihică nu sunt independente, fiecare reprezintă funcționarea unui super-sistem ale cărui componente nu mai pot fi considerate mecanisme separate sau autonome. Ultimul sfert de secol în cercetarea științifică a înlocuit viziunea medicală *9* *9*

tradițională occidentală a dihotomiei corp-minte cu o perspectivă mai realistă și mai unitară. Candace Pert, cercetător american de vârf, a scris că „diviziunea conceptuală dintre științele imunologiei, endocrinologiei și psihologie/neuroștiință este un artefact istoric"—. *Psihoneuroimunologia* — sau, mai cuprinzător și mai precis, *psihoneuroimunoendocrinologia* — este denumirea disciplinei care studiază funcțiile conexe ale organelor și glandelor care ne reglează comportamentul și echilibrul fiziologic.

Creierul, sistemul nervos, organele, celulele sistemului imunitar și glandele endocrine sunt unite prin mai multe căi. Pe măsură ce se fac mai multe cercetări, este plauzibil să se descopere mai multe legături. Sarcina combinată a acestui sistem psihoneuroimunoendocrin (PNI)— este de a asigura dezvoltarea, supraviețuirea și reproducerea fiecărui organism. Legăturile dintre componentele sistemului PNI îi permit să recunoască potențialele amenințări din interior sau din afara acestuia și să răspundă prin comportamente și modificări biochimice coordonate să maximizeze siguranța la costuri minime. Diferitele componente ale super-sistemului PNI sunt legate prin conexiuni ale sistemului nervos, unele dintre ele identificate abia recent. Centrii imuni - se credea în trecut că erau acționați numai de hormoni - sunt alimentati *9* *9*

9

considerabil de nervi.

Așa-numitele organe imune primare sunt măduva osoasă și timusul, situate în partea superioară a pieptului, în fața inimii. Celulele imune care se maturizează în măduva osoasă sau în timus se deplasează la organele limfatice secundare, inclusiv splina și ganglionii limfatici. Fibrele care provin din sistemul nervos central alimentează atât organele limfatice primare, cât și secundare, permițând comunicarea instantanee dintre creier și sistemul imunitar. Glandele endocrine producătoare de hormoni sunt și ele conectate direct la sistemul nervos central. Astfel, creierul poate „vorbi" direct cu glandele tiroidă și suprarenale sau cu testiculele, ovarele și alte organe.

La rândul lor, hormonii din glandele endocrine și substanțele produse de celulele sistemului imunitar afectează direct activitatea creierului. Substanțe chimice din toate aceste surse se atașează la receptori pe suprafețele celulelor cerebrale, influențând astfel comportamentul organismului. Cu toții am avut experiența descrisă în limbajul medical prin „simptomatologie", ceea ce ilustrează acțiunea produșilor imunitari asupra creierului. Un grup de substanțe chimice denumite citokine, secretate de celulele sistemului imunitar, pot induce senzații care să ne convingă să luăm concediu medical - febră, pierderea poftei de mâncare, oboseala și nevoia crescută de somn. Deranjante cum sunt, astfel de adaptări rapide sunt concepute să economisească energia, ajutându-ne să depășim boala. Secreția necorespunzătoare a acelorași substanțe ar afecta funcționarea normală, provocând oboseala excesivă sau cronică.

Este uimitor să aflăm că celulele limfatice și alte celule albe din sânge sunt capabile să producă aproape toți hormonii și substanțele-mesager din creier și sistemul nervos. Chiar și endorfinele, substanțele chimice și analgezice care modifică starea internă a organismului, pot fi secretate de limfocite. Aceste celule imune au pe suprafețele lor receptori pentru hormoni și alte molecule care provin din creier.

Pe scurt, pe lângă rețeaua unificatoare de fibre nervoase dintre diferitele componente ale super-sistemului PNI, există și o constantă legătură biochimică între ele. Multitudinea de produși pe care le pot trimite sau primi de la ceilalți le permite tuturor să vorbească și să înțeleagă aceeași

limbă moleculară și să răspundă, fiecare în felul său, la aceleași semnale. Sistemul PNI este ca un panou de comandă gigantic, aprins mereu cu mesaje coordonate care vin din toate direcțiile și ies în toate direcțiile în același timp. De asemenea, rezultă că orice stimul pe termen scurt sau cronic care acționează asupra oricărei părți a sistemului PNI are potențialul de a afecta și celelalte părți.

Ce face posibile funcțiile interactive versatile ale sistemului PNI? O privire la microscop ar dezvălui numeroase puncte de captare pe suprafața fiecărei celule, la care se pot lega mesagerii moleculari comuni. După cum relatează Candace Pert, o celulă nervoasă tipică, sau neuron, poate avea milioane de receptori pe suprafața ei: „Dacă ați atribui o culoare diferită fiecăruia dintre receptorii identificați de oamenii de știință, suprafața medie a celulei ar părea un mozaic multicolor din cel puțin 70 de nuanțe - 50 000 pentru un tip de receptor, 10 000 pentru altul, 100 000 pentru al treilea etc.“—

Moleculele-mesager și majoritatea hormonilor sunt fabricați din aminoacizi, elementele de bază ale proteinelor. Ele sunt denumite peptide, denumirea tehnică a lanțurilor de aminoacizi mai lungi. Niciuna dintre aceste substanțe chimice nu se limitează la o zonă sau la un organ al corpului. Un eminent neurocercetător a sugerat termenul de „substanțe informative" pentru a descrie întregul grup, deoarece fiecare poartă informații de la o celulă sau de la un organ la altul. Există multiple potențiale interacțiuni între substanțele informaționale care provin din fiecare parte a sistemului PNI și din fiecare tip de celulă în parte.

Axa sistemului PNI este legătura hipotalamo-hipofizo-cortico-suprarenală: axa HPA. Datorită activării axei HPA, atât stimulii psihici, cât și cei fizici pun în mișcare răspunsurile organismului la amenințare. Stimulii psihici sunt evaluați mai întâi în centrii emoționali, cunoscuți sub numele de sistem limbic, care include părți ale cortexului cerebral și structuri cerebrale mai profunde. Când creierul interpretează informațiile primite ca amenințare, hipotalamusul determină pituitara să secrete un hormon adrenocorticotrop. ACTH, la rândul său, determină cortexul glandei suprarenale să secrete cortizolul în circulație. Simultan cu această cascadă hormonală, hipotalamusul trimite mesaje prin sistemul nervos simpatic - partea de luptă-sau-fugi a sistemului nervos - către o altă parte a suprarenalelor,

medula. Medula suprarenală produce și secretă hormonul de luptă-sau-fugi, adrenalina, care stimulează imediat sistemele cardiovascular si nervos. 9

Aceleași influențe pe care organismul cel mai probabil le vede stresante din punct de vedere emoțional sunt, deloc surprinzător, cele mai puternice declanșatoare psihice pentru axa HPA: „Factorii psihici precum *incertitudinea,*

conflictul, lipsa *controlului,* lipsa *informațiilor* sunt considerați stimulii cei mai stresanți, care activează puternic axa HPA. Simțul controlului și comportamentul de consum au ca rezultat suprimarea imediată a activității HPA."^ ’

Comportamentul de consum - din latinescul *consummare,* „a încheia" - elimină pericolul sau eliberează tensiunea cauzată de el. Ne amintim că stimulii care induc stresul nu sunt întotdeauna amenințări externe obiective, cum ar fi prădătorii sau potențialele dezastre fizice, ci și senzațiile conform cărora ceva ce noi considerăm esențial lipsește. De aceea, lipsa de control, lipsa de informații - și, după cum vom vedea, nevoile emoționale nesatisfacute (de exemplu, lipsa iubirii) declanșează axa HPA. Consumarea unor astfel de nevoi elimină răspunsul la stres.

Având în vedere influențele biochimice și neurologice din sistemul PNI, înțelegem cu ușurință cum emoțiile interacționează cu hormonii, sistemul imunitar și sistemul nervos. Activitatea hormonală perturbată și protecția imunitară afectată au un rol în apariția cancerului. Cancerul pulmonar este un prim exemplu. Opinia mecanicistă susține teoria conform căreia cancerul rezultă din deteriorarea ADN-ului unei celule de către o substanță nocivă - de exemplu, produșii care descompun tutunul. Această perspectivă este valabilă în măsura în care ea există, dar nu poate explica de ce unii fumători dezvoltă forme de cancer, pe când alții nu, chiar dacă tipul de tutun și cantitatea pe care le inhalează sunt aceleași. întrebările fără răspuns sunt de ce, la unii indivizi, celulele sunt mai sensibile decât la alții? De ce are loc regenerarea ADN-ului la anumite persoane, dar nu și la altele? De ce sistemul imunitar și alte mijloace de apărare țin piept cancerului la unele persoane, dar nu și la altele? Ce influențează diferențele mari în vindecarea sau în evoluția bolii de la o persoană la alta, chiar și atunci când cancerul

este diagnosticat exact în aceeași etapă și toți ceilalți factori - vârstă, sex, venit, sănătate generală - sunt exact identici?

Variațiile genetice pot explica aceste probleme în unele tipuri de cancer, deși, după cum am văzut în cazul cancerului mamar, la majoritatea persoanelor, ereditatea nu joacă un rol în apariția cancerului. Cancerul pulmonar nu este o boală transmisă genetic, așa cum nici deteriorarea genelor în cancerul pulmonar nu este cauzată de ereditate.

Orice malignitate progresează în mai multe etape, prima dintre acestea fiind *inițierea,* procesul prin care o celulă normală se transformă într-una anormală. Cancerul poate fi considerat o boală a replicării celulare. Rolul procesele normale de diviziune celulară și moartea celulelor sunt oarecum răsturnate. O celulă care ar trebui să dea naștere unor progenituri sănătoase scapă de sub control și se împarte în facsimile cu malformații care se reproduc fără a ține seama de necesitățile biologice ale organismului. Cu milioane de celule care mor sau se formează în organism în fiecare zi, accidentul naturii ar conduce, prin el însuși, la un număr mare de transformări anormale spontane. „Cert este că fiecare dintre noi are un număr de tumori canceroase minuscule care cresc în organism în fiecare moment", scrie Candace Pert.

Fumul de tutun are un efect dăunător direct asupra materialului genetic al celulelor pulmonare. S-a estimat că, pentru inițierea cancerului, celulele pulmonare trebuie să dobândească până la zece leziuni separate sau puncte de deteriorare pe ADN-ul lor. Totuși, indiferent unde se află în organism, astfel de daune genomice „rareori duc la formarea tumorilor. Acest lucru se datorează în principal faptului că majoritatea leziunilor primare sunt temporare sau eliminate rapid prin regenerarea ADN-ului sau moartea celulară. Cu alte cuvinte, ADN-ul se repară singur sau celula moare fără a multiplica materialul genetic deteriorat - ceea ce, fără îndoială, reprezintă faptul că majoritatea fumătorilor nu dezvoltă cancer pulmonar clinic. Acolo unde apare cancerul, fie regenerarea ADN-ului, fie procesul normal de moarte celulară trebuie să fi eșuat. Intr-o analiză din 1999 a efectelor psihice asupra cancerului pulmonar, cercetătorii de la Ohio State University College of Medicine au scris: „Regenerarea greșită a ADN-ului este asociată cu o incidență crescută a cancerului. Stresul poate modifica aceste

mecanisme de regenerare a ADN-ului; într-un studiu, limfocitele la pacienții de la psihiatrie cu simptome depresive mai grave le-au afectat capacitatea de a repara ADN-ul celular deteriorat de expunerea la radiațiile X [raze X].“^ Regenerarea ADN-ului afectat a fost documentată și în studiile efectuate pe animale de laborator afectate de stres.

Apoptoza este termenul științific care desemnează moartea reglată fiziologic necesară pentru menținerea unor țesuturi sănătoase. Apoptoza asigură cifra normală a țesuturilor, sacrificând celulele mai vechi cu material genetic slăbit și lăsând loc pentru descendenții lor sănătoși și viguroși. „Apoptoza dereglată contribuie la multe patologii, inclusiv la producerea tumorilor, a bolilor autoimune și imunodeficitare și a tulburărilor neurodegenerative.“—

Hormonii steroizi eliberați prin activitatea axei HPA ajută la reglarea apoptozei în mai multe moduri.

Reprimarea obișnuită a emoției aduce o persoană într-o situație de stres cronic, iar stresul cronic creează un mediu biochimic nenatural în organism. Nivelurile anormale continue ale hormonilor steroizi pot interfera cu moartea normală programată a celulelor. De asemenea, celulele naturale ucigașe participă la moartea celulară. Depresia - o stare mintală în care reprimarea furiei domină funcționarea emoțională - interacționează cu fumatul, scăzând activitatea celulelor NK.—

Pe scurt, leziunile de la nivelul ADN-ului nu sunt suficiente pentru a cauza apariția cancerului. Sunt necesare defecte de regenerare a ADN-ului și/sau o deteriorare a morții celulare reglate. Stresul și reprimarea emoțiilor pot afecta negativ ambele procese. Descoperirile cercetătorilor în studiul Cvrenka și ale chirurgului britanic David Kissen au logică din punct de vedere fiziologic, când analizăm prima etapă a transformării maligne, cea a inițierii.

Un articol din două părți publicat în *Canadian Medical Association Journal* în 1996 a revizuit rolul sistemului PNI în domeniul sănătății și al bolii. „La oamenii sănătoși, mecanismele neuroimunitare oferă protecție împotriva infecțiilor, rănilor, cancerului și controlează reacțiile imunitate și inflamatorii care anticipează boala“—, spun autorii. Boala, cu alte cuvinte,

nu este un simplu rezultat al unui atac extern, ci se dezvoltă într-o gazdă vulnerabilă, în care mediul intern a fost dezorganizat.

Etapele ulterioare ale schimbării canceroase sunt *accelerarea* și *progresul.* Deoarece au scăpat de mecanismele normale reglatoare care ar fi trebuit să le împiedice supraviețuirea, noile celulele maligne continuă să se dividă, ducând la formarea unei tumori. In această etapă, dezvoltarea tumorală poate fi inhibată sau susținută de mediul intern. Super-sistemul PNI intră în funcțiune. Acționând în principal prin reglarea hormonală în cadrul axei HPA, acesta creează un mediu în țesuturile corpului care este fie receptiv, fie ostil creșterii și răspândirii cancerului. „Starea psihică cronică a individului joacă un rol important fie în răspândirea tumorilor, fie în amortizarea sau accentuarea impactului asupra mediului de stres“, a scris dr. Marc E. Lippman, șeful secției pentru cancer mamar, Medicine Branch, National Cancer Institute, Bethesda, din Maryland. „Sistemul endocrin uman este un mediator critic al interacțiunii dintre psihic și tumoare... Se pare că este inevitabil ca factorii psihici care provoacă schimbări endocrine să aibă efecte chiar asupra biologiei tumorale."^[2]

Efectul hormonilor asupra creșterii și răspândirii cancerului este dublu. In primul rând, multe tumori sunt hormonal dependente în mod direct sau apar în organe strâns implicate în interacțiuni hormonale, cum ar fi ovarele sau testiculele. Celulele canceroase dependente de hormoni poartă pe membranele lor receptori pentru diverși hormoni capabili să încurajeze creșterea celulară. Un exemplu de cancer dependent de hormoni este cel mamar. Se înțelege în general că multe cancere mamare sunt dependente de estrogen, acesta fiind motivul utilizării medicamentului Tamoxifen, care blochează estrogenul. Mai puțin cunoscut este faptul că unele cancere mamare au receptori pentru o gamă largă de alte „substanțe informative", inclusiv androgenii (hormoni sexuali masculini), progestin, prolactină, insulină, vitamina D și multe altele - toate secretate de axa HPA sau reglată de ea.

Stresul este un modulator puternic al funcției hormonale, așa cum reiese atât din experiența umană, cât și din studiile pe animale. Intr-un experiment, cercetătorii au manipulat relațiile de dominație la grupuri de maimuțe femele. Modelele de dominație consacrate au fost distruse. Unele animale

care anterior erau dominante au fost forțate să se subordoneze, pe când unele subordonate au avut posibilitatea să obțină un statut dominant. Subordonarea socială a cauzat disfuncțiile hormonale ale axei HPA și ale ovarelor. „Femele care în mod frecvent erau dominante au secretat mai puțin cortizol decât acelea care erau frecvent subordonate." Maimuțele dominante aveau menstruații normale si concentrații mai mari de progesteron înainte de ovulație. Subordonatele aveau ovulația mai slabă și cicluri menstruale neregulate. Când situația experimentală a fost modificată astfel încât maimuțele dominante anterior să devină >

subordonate, funcția lor de reproducere a fost aproape imediat înlăturată și producția lor de cortizol a crescut. Invers a fost în cazul maimuțelelor anterior subordonate, dar nou-devenite dominante.[20]

Cancerele organelor genitale feminine, cum ar fi ovarele și uterul, sunt și ele legate de hormoni. Malignitatea ovariană este doar al șaptelea cel mai frecvent cancer la femei, dar reprezintă a patra cauză principală a deceselor cauzate de cancer. Dintre toate cancerele, la acesta reiese cel mai mare raport tumori-decese, adică are cel mai sărac prognostic. In 1999, 2 600 de femei canadiene au fost diagnosticate cu cancer ovarian. In același an, 1500 au murit din cauza lui. In SUA, aproximativ 20 000 de femei sunt diagnosticate anual; două treimi dintre ele cedează în fața bolii. Deși tratamentul precoce este foarte eficient, până în momentul în care majoritatea cazurilor sunt diagnosticate, cancerul avansează dincolo de capacitatea actuală de tratament.

Până în prezent, nu există teste eficiente care să identifice etapele inițiale ale acestei boli. Testele cu ultrasunete și de sânge, denumite CA-125, sunt utile în monitorizarea tratamentului, dar niciunul nu este de încredere ca instrument de aflare a cancerului înainte să provoace simptome sau să se răspândească dincolo de locul de origine. Darlene, un broker de asigurări, a fost diagnosticată în cursul unei examinări pentru infertilitate. Ea spune: „Mi-au făcut o laparoscopie pentru a-mi examina ovarele și așa au găsit cancerul. Așa că, în loc de copil, am terminat cu o ovarectomie.“

Deoarece infertilitatea este unul dintre indicatorii de risc cunoscuți pentru cancerul ovarian, factorii hormonali sunt, în mod evident, importanți. Din păcate, imaginea este confuză. Menstruațiile timpurii și menopauza tardivă

cresc riscul de apariție a cancerului ovarian, pe când sarcinile și pilula contraceptivă îl reduc. Acest pattern spune că, atât timp cât femeile au ovulația îndelungată, devin mai vulnerabile la boală. Pe de altă parte, infertilitatea -atunci când ovulația nu are loc - creste si ea riscul. Evident, influentele hormonale sunt subtile și complicate. Știm despre hormonii feminini reproducători că sunt extrem de sensibili la stările psihice ale femeilor și la stresul din viața lor. Funcția hormonală poate fi legată și de anumite trăsături de caracter, după cum a conchis un studiu din 2001 efectuat de University of Pittsburgh.

Cercetătorii de la Pittsburgh School of Medicine au comparat caracteristicile psihice ale femeilor cu întreruperi cronice ale ciclului menstrual - amenoree -cu femei a căror menstruație era normală. Ei au fost deosebit de interesati de un grup cu amenoree hipotalamică funcțională (FHA), adică grupul de femei care nu aveau nicio boală sau afecțiune identificabilă pentru a explica lipsa ovulației normale. Studiul a constatat că „femeile cu FHA au raportat mai mult atitudini disfuncționale, în special cele asociate cu nevoia de aprobare. [Acestea] erau mai predispuse să aibă atitudini predominant întâlnite în rândul persoanelor vulnerabile la depresie, cum ar fi perfecționismul și îngrijorarea cu privire la judecata altora"[21].

O constatare majoră a cercetătorilor din Pittsburgh a fost descoperirea unor obiceiuri alimentare subtile, dar semnificativ perturbate, în rândul femeilor fără menstruație. Obiceiurile alimentare cu probleme sunt legate indisolubil de problemele nerezolvate din copilărie, ca în cazul actriței de comedie Gilda Radner, care a murit de cancer ovarian. Stresul care creează probleme cu respectul de sine este exact stresul care predispune la o stare de sănătate precară. Autorii studiului din Pittsburgh afirmă că „femeile cu FHA raportează mai multe preocupări cu privire la dietă și greutate, teama de a lua în greutate si tendința de a mânca în exces". *9* *9*

Obiceiurile alimentare sunt direct legate de problemele emoționale care apar atât din copilărie, cât și din stresul actual. Obiceiurile alimentare sau lipsa lor, precum și cât de mult mâncăm, sunt strâns legate de nivelul de stres pe care îl trăim și de răspunsurile de adaptare pe care le-am dezvoltat în fața greutăților vieții. La rândul lor, obiceiurile alimentare afectează

strâns funcționarea hormonilor care influențează tractul reproducător feminin. De exemplu, anorecticelor li se vor opri adesea menstruațiile.

Jerilynn Prior, endocrinolog din Vancouver care are un interes special pentru problemele de sănătate ale femeilor, a constatat că pot apărea perturbări hormonale subtile chiar și în rândul celor care raportează cicluri menstruale regulate și fără simptome. Ea a scris în *The Canadian Journal of Diagnosis*-. ‚Aproximativ o treime dintre ciclurile menstruale obișnuite și asimptomatice ale femeilor sănătoase vor avea tulburări de ovulație care, pe baza principiilor biologice, ar putea duce la riscuri ridicate pentru sănătate."[22] Cea mai întâlnită cauză a ovulației eșuate a fost stimularea insuficientă a ovarelor de hipotalamus și hipofiză, din cauza „dezechilibrului sau necoordonării semnalelor transmise de la hipotalamus și glanda pituitară către foliculul ovarian". Aceste tulburări, a scris dr. Prior, „sunt cauzate de adaptări legate de ciclul de viață, modificări în greutate, tensiuni psihosociale, exerciții fizice în exces sau boli".

Agravarea stării sistemului hematologic (de reproducere a celulelor sangvine), cum ar fi leucemia și limfomul, sunt și ele dependente hormonal, fiind afectate profund de cortizolul produs în glanda suprarenală. Hormonii corticosteroizi suprarenali inhibă diviziunea și răspândirea leucemiei și a celulelor țesuturilor limfoide. Astfel, agravarea stării sistemelor hematologice apare și în cazul în care sângele și celulele limfatice nu sunt inhibate normal din cauza unui sistem HPA dezechilibrat cronic. Cercetările disponibile indică stresul emoțional ca dinamică semnificativă în viața adulților cu aceste boli. La University of Rochester, un studiu pe 15 ani cu persoane care au dezvoltat limfom sau leucemie a relevat că aceste malignități „pot apărea într-o situație de pierdere emoțională sau de separare care, la rândul său, a generat anxietate, tristețe, furie sau deznădejde"[22].

Analogii sintetici ai hormonului de stres cortizol sunt componente importante în tratamentul leucemiei și limfomului. In mod interesant, cantitatea de hormoni asemănători cortizolului necesară pentru a bloca replicarea celulelor leucemice este doar puțin mai mare decât ar trebui în mod normal din punct de vedere funcțional în organism. In cazul leucemiei, episoadele de stres acut în care nivelurile de cortizol cresc temporar sunt suficiente uneori să provoace o remisiune. Se crede că acest lucru s-a

întâmplat în timpul bolii compozitorului Bela Bartok. Trebuie să ne amintim aici că ridicarea temporară a nivelului de cortizol care apare în episoadele de stres *acut* este sănătoasă si necesară. Nu sunt sănătoase nivelurile ridicate de cortizol în)

cazul persoanelor cu o situație de stres cronic.

Bartok, aflat în exil din Ungaria natală și lovit de leucemie, a fost însărcinat de dirijorul Boston Symphony Orchestra, Serge Koussevitzky, să scrie o piesă nouă. Compozitorul a intrat în remisiune spontană, care a durat până la finalizarea operei. Foarte probabil, cortizolul declanșat de HPA și alte câteva elemente ale sistemului PNI au contribuit la această remisiune faimoasă, care a făcut posibilă crearea *Concertului pentru violă și orchestră* de Bartok, o piesă clasică a muzicii secolului al XX-lea.

In afară de efectele directe asupra malignităților dependente de hormoni, cei reglați de axa HPA sensibilă la stres și de zonele sistemului limbic al creierului acționează și asupra altor țesuturi din organism pentru a influența dezvoltarea cancerului. Aceste țesuturi sensibile la hormoni sunt dirijate de sistemul imunitar.

Percepem cancerul ca pe un invadator împotriva căruia organismul - ca o țară sub atac străin - trebuie să poarte un război. O asemenea opinie, deși poate reconfortantă în simplitatea ei, distorsionează realitatea. In primul rând, chiar și atunci când există un agent cancerigen extern, cum ar fi tutunul, cancerul este parțial rezultatul proceselor interne care au decurs greșit. Și, desigur, pentru majoritatea tipurilor de cancer, nu există un asemenea element cancerigen identificat. In al doilea rând, mediul intern, local, și în întregul organism, alege dacă malignitatea se va dezvolta sau va fi eliminată. Cu alte cuvinte, transformarea malignității în celule normale este un proces determinat de mulți factori care au cel puțin aceeași legătură atât cu starea biopsihosocială a organismului, cât și cu tipul de cancer în sine.

Odată ce un cancer ajunge în stadiul în care suprafețele lui celulare afișează molecule diferite de proteinele normale ale organismului, acesta ar trebui distrus prin răspunsuri imune diferite. Celulele T îl atacă cu substanțe chimice nocive; se formează anticorpi împotriva acestuia; celulele sangvine

specializate îl mănâncă. In condiții de stres cronic, sistemul imunitar este fie prea confuz ca să recunoască clonele celulelor mutante care formează cancerul, fie prea slab să susțină un atac eficient împotriva lor.

De asemenea, în creșterea și dezvoltarea tumorilor sunt implicate și multe substanțe chimice produse la nivel local, unele secretate chiar de celulele canceroase. Astfel de substanțe chimice includ factori de creștere, substanțe inhibante și molecule-mesager de multe tipuri. Echilibrul complex dintre acestea va înclina procesul către suprimarea tumorilor sau creșterea lor. Este suficient să spunem aici că această cascadă biochimică este profund influențată de sistemul PNI, în special prin hormoni și alte substanțe informative. Stările emoționale au o mare importanță în prevenirea sau încurajarea cancerului cu metastaze, în deplasarea celulelor maligne de la locul inițial al tumorii în alte zone ale corpului.

Conform înțelepciunii populare, cancerul trebuie „descoperit devreme“, înainte să se răspândească. Realitatea biologică este destul de diferită: până când o tumoare devine detectabilă, în multe cazuri, răspândirea a avut loc deja. „Un procent ridicat de cancere precoce au eliberat deja metastaze ascunse în momentul în care tumoarea primară este diagnosticată"[2]^, a subliniat oncologul britanic Basil Stoll. Cu toate acestea, majoritatea metastazelor fie mor, fie stau adormite o vreme îndelungată.

Timpul de dublare - perioada necesară ca o masă tumorală să își dubleze dimensiunea - variază de la un tip de cancer la altul și există variații mari în tipurile individuale de cancer. Pentru ca o tumoare să poată fi observată clinic, chiar și pe un țesut corporal ușor accesibil, cum ar fi pielea sau pieptul, trebuie să aibă aproximativ o jumătate de gram, cuprinzând aproximativ cinci sute de milioane de celule. O singură celulă cu mutație malignă ar trebui să se dubleze de aproximativ 30 de ori pentru a atinge astfel de dimensiuni.[2]^ In cazul cancerului mamar, timpul de dublare calculat a variat de la câteva zile la un an și jumătate, cu o medie de aproximativ patru luni. „Dacă o celulă tumorală ar crește constant în ritmul ultim menționat, ar fi nevoie de aproximativ opt ani pentru a deveni evidentă clinic, iar unele surse sugerează o perioadă și mai lungă a tipului de dublare, cu un interval de până la 15 sau 20 de ani pentru a căpăta vizibilitate.

In realitate, probabil că nu există o rată constantă de dublare a unei tumori. Mai degrabă există fluctuații largi în rata de creștere în funcție de ce se întâmplă în viața gazdei. Ne amintim povestea lui Michelle, al cărei nodul mamar, prezent timp de șapte ani, s-a schimbat radical după o perioadă de stres acut.

Fiindcă tumorile mamare au potențialul de a metastaza când depășesc puțin peste jumătate de milimetru în diametru, „dacă o tumoare face metastază, în general, acest lucru este făcut deja până când [aceasta] poate fi detectată clinic"[22]. Răspândirea microscopică a celulelor maligne se întâmplă în multe cazuri de cancer mamar fără a cauza vreodată probleme clinice. In alte cazuri, depozitul metastatic rămâne latent în țesuturi ani întregi și apoi, în mod neașteptat, se face simțit sub forma simptomelor. Aceeași dinamică funcționează și la cancerul de prostată, motivul pentru care răspândirea este produsă deja în 40% dintre cazurile de prostată în momentul în care se pune diagnosticul. De fapt, studiile de autopsie la femei indică faptul că 25 până la 30% au malignități mamare microscopice, „cu mult peste numărul real manifestat vreodată"[22], exact ca în cazul cancerului de prostată.

Prin urmare, problema nu este doar prevenirea răspândirii, ci și motivul și condițiile în care la unele persoane depozitele latente se transformă în cancer. Latența tumorii este afectată de multe influențe hormonale și imunologice, toate fiind funcții ale sistemului PNI foarte sensibile la încercările vieții.

Există fluctuații dramatice ale ratelor de creștere a tumorilor de la un pacient la altul. De asemenea, este evidentă inconsecvența în apariția metastazei și a timpilor de supraviețuire în rândul pacienților care sunt diagnosticați clinic cu exact același tip de cancer în același stadiu de gravitate. De exemplu, există „multe cazuri în care cancerele mamare incomplet extirpate nu mai apar niciodată sau în care depozitele secundare se află în stare latentă în țesuturile gazdă timp de până la 30 de ani înainte de a se manifesta"[22]. Astfel de diferențe individuale nu se datorează comportamentului autonom al malignității, ci factorilor din mediul intern al organismului care inhibă dezvoltarea cancerului sau, dimpotrivă, o încurajează. Acest mediu intern este profund afectat de factorii de stres care

acționează asupra vieților oamenilor și, de asemenea, de modurile extrem de variabile în care indivizii se confruntă cu stresul.

In numeroase studii despre cancer, factorul de risc cel mai bine identificat este incapacitatea de a exprima emoția, în special mânia. Reprimarea furiei nu este o trăsătură emoțională abstractă care duce în mod misterios la boală. Este un factor de risc major, deoarece crește stresul fiziologic asupra organismului. Nu acționează singură, ci împreună cu alți factori de risc care ar putea să o însoțească, cum ar fi deznădejdea și lipsa sprijinului. Persoana care nu simte sau nu exprimă emoția „negativă" va fi izolată chiar dacă este înconjurată de prieteni, deoarece șinele ei este ascuns. Deznădejdea duce la neputință, deoarece nimic din ce se poate face nu aduce vreo schimbare.

Un studiu s-a ocupat de femeile sănătoase care nu prezentau simptome, în afară de un frotiu anormal de test Papanicolau la un control de rutină. Fără să

cunoască rezultatele frotiului Papanicolau, cercetătorii „au identificat cu o acuratețe de aproape 75% persoanele care aveau cancer în stadiu incipient, folosind doar un chestionar despre diferențele dintre stările emoționale. Aceștia au descoperit că boala avea cele mai mari șanse să apară la femeile cu o «personalitate predispusă la neputință» sau cu un sentiment de frustrare nesolutionată în ultimele sase luni“—.

> 9

Cercetătorii din Cvrenka au prezis și ei în cazul căreia dintre cele aproape 1 400 de participante la studiu urma să îi apară cancerul și să moară din cauza lui, pe baza caracteristicilor psihice ale raționalității/anti-emoționalității (mânie reprimată) și a sentimentului îndelungat de inutilitate. După zece ani, când au verificat fișele deceselor, au descoperit că au avut dreptate în 78% dintre cazuri. Ei au comentat: „Este plauzibil ca importanța factorilor de risc psihosomatici să fi fost subestimată în mod vădit în multe studii/

Influența factorilor de risc psihologic este ilustrată din nefericire în istoria vieții Gildei Radner. Mătușa maternă a lui Radner si două verisoare muriseră de 9

9

9

cancer ovarian, iar mama sa fusese tratată cu succes de cancer mamar. Gilda se confrunta cu un risc genetic, dar oare îi era absolut destinat să moară de cancer ovarian? Nu există niciun motiv să credem acest lucru.

Pentru cea mai mare parte a femeilor care dezvoltă cancer ovarian, ereditatea nu se regăsește foarte mult în rândul factorilor de risc. Pentru câteva însă este semnificativ. Aproximativ 8% dintre femeile cu cancer ovarian prezintă una dintre mutațiile genetice cunoscute de creștere a riscului. De fapt, sunt aceleași gene BRCA implicate în cancerul mamar. In funcție de tipul de ADN, cele care au mutația într-o genă ar putea avea un risc de 63% de apariție a cancerului până la vârsta de 70 de ani. Acele femei a căror mutație se află în cealaltă genă prezintă un risc de cancer ovarian de 27% la vârsta de 75 de ani.— La femeile fără mutație, dar care au o rudă de gradul întâi - mamă, soră sau fiică - cu cancer ovarian, riscul este de aproximativ 5%. Din nou, vedem că genele nu spun singure toată povestea. Chiar și în aceste categorii cu risc ridicat, nu toată lumea este predestinată să dezvolte cancer.

Gilda Radner avea o energie extraordinară și o poftă imensă de a trăi viața din plin, dar a dus povara psihică a unei vieți extrem de stresante și pline de

dubii. Tulburarea de alimentație de care a suferit probabil că i-a afectat echilibrul hormonal. De asemenea, a fost infertilă, probabil din cauza tipului de disfuncție hipotalamo-pituitară analizată mai devreme în acest capitol. Vedeta de la *Saturday Night Live* era bulimică. După propria descriere, fusese un copil „nefericit, gras și mediocru". Ea și-a caracterizat copilăria ca pe un „coșmar". „Fratele meu și cu mine eram copiii-balon de la atâta mâncat", scria în memoriile sale. „Arătam ca niște monștri fără gât. Părinții mei m-au trimis în tabăra de vară în fiecare an și în fiecare an eram țapul ispășitor... In «jocul de-a prințesa» existau fete dominante și fete drăguțe. Fetele care domină o declară prințesă pe fata drăguță și sunt consilierele ei. Fata grasă e servitoarea, • «82

iar aceea eram eu. —

Relația Gildei cu mama ei pare să fi fost negativă și aparent marcată de concurența pentru atenția tatălui. Gilda a susținut că tatăl ei fusese „dragostea vieții" sale. Moartea lui de cancer cerebral, când ea avea 12 ani,

a fost o pierdere ireparabilă. Toată viața ei, Gilda a căutat în promiscuitate, din pură disperare, dragostea și acceptarea din partea bărbaților. „In mare măsură, viața mea a fost controlată de bărbații pe care i-am iubit", a scris ea. A încercat să se transforme în femeia pe care o preferau bărbații din viața ei. Gilda a descoperit că îi era imposibil să transpună în cuvinte emoțiile în fața mamei sale, Henrietta, sau să o refuze direct. Atunci când devenise deja o stea și era bulimică încă nedescoperită, ea încerca să aline îngrijorările mamei cu privire la ce mânca, inventând povești detaliate despre mese imaginare. Henrietta nu a aflat despre bulimia fiicei cât timp a trăit Gilda.

Folosindu-se de comedie, Gilda își putea controla mediul. Comedia a umplut o nevoie crucială din copilărie. Era modul în care îl cucerea pe tatăl ei și singurul mijloc prin care ajungea la mama ei, „un mod de a ajunge la ea când nimic nu funcționa". A devenit o comediană „naturală". Prețul a fost anularea propriilor sentimente. Gilda era o dependentă de muncă declarată, care avea să scrie: „Las stresul și presiunea să îmi conducă neprețuita viață." In timpul unei excursii din tinerețe la Paris, s-a aruncat în trafic într-un gest sinucigaş care ar fi putut să o omoare cu uşurință. „Cel puțin îi pasă cuiva de mine", i-a spus ea prietenului care a tras-o deoparte în siguranță.

Chiar și după ce simptomele de cancer ovarian au început să îi provoace suferință fizică, inclusiv blocarea intestinului, Radner era mai preocupată să le satisfacă nevoile celorlalți, nu pe ale ei. Căuta și primea sfaturi din diverse surse. Care era dilema ei? „Brusc, am început să mă întreb cum să le fac pe plac atât de multor oameni. Să iau citrat de magneziu? Să fac clismă cu cafea? Le fac pe amândouă? Fac masaj abdominal sau la colon? Le spun medicilor despre fiecare? Orientul se întâlnește cu Occidentul în corpul Gildei: medicina vestică pe gât în jos, medicina orientală în fund.“

Când părea că fusese tratată cu succes, Gilda a devenit o față cunoscută în lupta împotriva cancerului ovarian, prezentă pe coperta revistei *Life.* Pentru multe femei, era o inspirație, dar însănătoșirea i-a fost de scurtă durată. încă legată de rolurile înstăpânite din copilărie, ea se mustra singură pentru „a-i fi dezamăgit" pe ceilalți, dezvoltând o boală terminală. ,^m devenit purtătoare de cuvânt pentru Wellness Community și un simbol al vindecării. Am fost pacienta-model cu cancer, complet activă prin propria modalitate

de terapie. Acum sunt un exemplu de viață care nu a funcționat. *Sunt doar o impostoare,* am gândit." Doar în apropierea morții a aflat Gilda că nu putea fi mamă pentru toată lumea. „Nu puteam face tot ce voiam să fac. Nu puteam continua să îi sun pe toți bolnavii de cancer pe care îi cunoșteam, nici încerca să ajut la vindecarea tuturor femeilor cu cancer ovarian și nu puteam citi fiecare scrisoare primită, pentru că mi se rupea inima... Nu puteam să vărs lacrimi pentru toți ceilalți, a trebuit să am grijă de mine. Este important să îți dai seama că trebuie să ai grijă de tine, deoarece nu poți avea grijă de nimeni altcineva până când nu faci asta."

Note:

5 .Z D.M. Kissen și H.G. Eysenck, „Personality in Male Lung Cancer Patients", *Journal of Psychosomatic Research,* voi. 6, 1962, p. 123.

58 T. Cox și C. MacKay, „Psychosocial Factors and Psychophysiological Mechanisms in the Aetiology and Development of Cancers", *Social Science andMedicine,* voi. 16, 1982, p. 385.

52 R- Grossarth-Maticek et al., „Psychosocial Factors as Strong Predictors of Mortality from Cancer, Ischaemic Heart Disease and Stroke: The Yugoslav Prospective Study“, *Journal of Psychosomatic Research,* voi. 29, nr. 2, 1985, pp. 167-176.

60 C.B. Pert et al., „Neuropeptides and Their Receptors: A Psychosomatic Network", *The Journal of Immunology,* voi. 135, nr. 2, august 1985.

61 Acronimul PNI se referă cel mai frecvent la știința psihoneuroimunoendocrinologiei. Din motive de comoditate, îl folosesc aici ca să descriu sistemul fiziologic pe care îl studiază știința: este obositor atât pentru scriitor, cât și pentru cititor să precizeze încontinuu cuvântul psihoneuroimunoendocrinologie. *(N. a.)*

62 C.B. Pert, *Moleculei of Emotion: Why You Feel the Way You Feel,* Touchstone, New York, 1999, pp. 22-23.

63 E.R. De Kloet, „Corticosteroids, Stress, and Aging“, *Annak of New York Academy of Sciences,* voi. 663, 1992, p. 358.

64 R.K. Naz, *Prostate: Basic and ClinicalAspects,* CRC Press, Boca Raton, 1997, p. 75.

65 . J.K. Kiecolt-Glaser și R. Glaser, „Psychoneuroimmunology and Immunotoxicology: Implications for Carcinogenesis“, *Psychosomatic Medicine,* voi. 61, 1999, pp. 271-272.

66 C. Tournier et al., „Requirement of JNK for Stress-Induced Activation of the Cytochrome c-Mediated Death Pathway“, *Science,* voi. 288, 5 mai 2000, pp. 870-874.

6Z W. Jung și M. Irwin, „Reduction of Natural Killer Cytotoxic Activity in Major Depression: Interaction between Depression and Cigarette Smoking“, *Psychosomatic Medicine,* voi. 61, 1999, pp. 263-270.

68 H. Anisman et al., „Neuroimmune Mechanisms in Health and Disease: 2. Disease“, *Canadian MedicalAssociation Journal,* voi. 155, nr. 8, 15 octombrie 1996.

69 S.M. Levy, *op. cit.,* pp. 146-147.

ZQ C. Shively et al., „Behavior and Physiology of Social Stress and Depression in Female Cynomolgus Monkeys”, *BiologicalPsychiatry,* voi. 41, 199Z, pp. 8Z1-882.

ZI M.D. Marcus et al., „Psychological correlates of funcțional hypothalamic amenorrhea“, *Fertility and Sterility,* voi. Z6, nr. 2, august 2001, p. 315.

,Z2 J.C. Prior, „Ovulatory Disturbances: They Do Matter“, *Canadian Journal of Diagnosis,* februarie 199Z.

Z3 J.G. Goldberg, *Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients,* The Free Press, New York, 1981, p. 46.

,Z4 B.A. Stoll, *Prolonged Arrest of Cancer,* John Wiley & Sons, Chichester, 1982, p. 1.

75. S.M. Levy, loc. cit.

Z6 C.L. Cooper, *op. cit.,* p. 32.

ZZ *Ibidem.*

Z8 *Ibidem,* pp. 31-32.

Z2 *Ibidem,* p. 123.

80 J.G. Goldberg, *op. cit.,* p. 45.

81 L. Elit, „Familial Ovarian Cancer“, *Canadian Family Physician,* voi. 4Z, aprilie 2001.

82 G. Radner, *It'sAlways Something,* Simon and Schuster, New York, 1989.

CAPITOLUL 8

Există si o latură bună

Ed a fost diagnosticat după ce medicul său generalist i-a găsit un mic nodul în timpul unui examen rectal de rutină.

> - Am mers pentru o biopsie și au făcut șase punerii pe prostată, relatează el. Au găsit ceva în neregulă într-o puncție. Cancer de prostată. începând de atunci, am examinat toate opțiunile și toate se rezumau ori la tăiere, ori la ardere sau otrăvire. Am vorbit cu mulți oameni care și-au îndepărtat prostata, și cu unii care au făcut radiații. A fost oribil pentru majoritatea.
>
> - Nu ai făcut niciun tratament medical? îl întreb pe Ed.
>
> - Am fost la un doctor naturist, fac și hipnoterapie, și am analizat cum mi-am trăit viata.

>

Expresia colorată a lui Ed, „tăiere, ardere sau otrăvire", se referă la cele trei tipuri majore de tratament oferite în prezent pentru cancerul de prostată: chirurgie, radiații și chimioterapie. Deși unii pacienți trec prin astfel de tratamente fără să sufere, alții îndură consecințe neplăcute, cum ar fi incontinența urinară și impotența. O analiză a peste 100 000 de cazuri de prostatectomie, publicată în 1999, a conchis: „complicațiile și remisiunea după prostatectomie sunt mult mai frecvente decât s-a recunoscut anterior."^

Acele riscuri ar putea fi acceptabile dacă tratamentele disponibile ar vindeca boli sau ar salva vieți, dar dovezile sunt ambivalențe, în cel mai bun caz. Campaniile publice puternice care îndeamnă bărbații să se supună testelor care depistează cancerul de prostată prin intermediul examinării digitale rectale sau a testelor de sânge antigen specific prostatic (PSA) nu

au o bază științifică dovedită. „Cred că este important pentru oameni să își dea seama că, odată ce depistăm cancerul de prostată, încă nu avem nicio dovadă că tratamentul funcționează"—, a declarat pentru *The New York Times* Timothy Wilt, profesor universitar în medicină la Veterans Affairs Medical Center din Minneapolis. „Și asta este, de fapt, întreaga dificultate la *screening* — dacă tratamentul nu funcționează, de ce folosim PSA pentru a căuta tumori?“

Susținătorii abordărilor medicale agresive ar trebui să fie descurajați de statisticile adunate de dr. Otis Brawley, un medic oncolog și epidemiolog din cadrul U.S. National Cancer Institute. In locurile în care *screeningul* este practicat pe scară largă, incidența cancerului de prostată diagnosticat crește, numărul de bărbați tratați crește, dar rata de deces din cauza malignității prostatice rămâne neschimbată.^ La drept vorbind, ratele mortalității cauzate de cancerul de prostată au fost ușor mai ridicate în zonele cu *screening* intensiv. De asemenea, sunt îngrijorătoare constatările publicate în *The Journal of the National Cancer Institute,* conform cărora bărbații cu tratament agresiv pentru cancerul de prostată au fost mai expuși să moară din cauza altor tipuri de cancer decât bărbații care nu au făcut nicio intervenție medicală.—

Deși unele tipuri de cancer de prostată ar trebui probabil să primească tratament, în acest moment nu se știe exact cine ar beneficia de intervenție. Majoritatea cazurilor de cancer de prostată se dezvoltă foarte lent, în așa măsură încât este posibil ca omul să moară înainte ca malignitatea să declanșeze vreo problemă de sănătate, dacă ar face-o vreodată. In alte cazuri, cancerul este atât de agresiv, încât la momentul diagnosticării, tratamentul nu aduce nicio schimbare. Nu există o modalitate recunoscută de a hotărî când funcționează tratamentul și cui îi supraviețuiește cu adevărat bolnavul -tratamentului sau bolii? In cazul malignității prostatei, medicina, așa cum este practicată în mod obișnuit, pur și simplu nu aplică standardele științifice obișnuite.)

Opinia publică se bazează pe bunul simț conform căruia, cu cât se descoperă mai repede o boală, cu atât este mai plauzibil ca medicii să o vindece. Convinse că intervenția medicală le-a salvat viața, celebrități precum Norman Schwarzkopf, jucătorul de golf Arnold Palmer sau

ministrul canadian Allan Rock - toți diagnosticați cu cancer de prostată după testele de *screening* — pledează cu multă convingere pentru diagnosticarea timpurie. Bărbații trebuie să lase știința, și nu cea mai recentă cifră accesibilă publicului care susține testarea PSA, să îi ajute să ia o hotărâre cu privire la depistarea și tratarea cancerului de prostată, a declarat dr. Otis Brawley pentru publicația *The Journal of the American Medical Association.*^-

In ciuda confuziei științifice, reacția de favorizare a tratamentului este puternică. Puțini medici sunt dispuși să lase natura să își urmeze cursul în confruntarea cu o potențială boală, chiar dacă valoarea intervenției este discutabilă. Iar bărbații, chiar dacă sunt bine informați, aleg să „acționeze cumva“, nu să tolereze anxietatea lipsei de acțiune. Pacienții merită întotdeauna să li se spună ce se cunoaște despre cancerul de prostată - și, la fel de important, tot ce rămâne necunoscut.

Cancerul de prostată a fost prima malignitate umană legată de influențele hormonale. La fel cum cancerul mamar se poate ameliora la femeile care fac ovarectomie, tot așa castrarea conduce la o scădere a tumorilor de prostată, datorită nivelurilor reduse de androgeni sau hormoni masculini. Orhidectomia, îndepărtarea chirurgicală a testiculelor, rămâne o parte a arsenalului de tratament, la fel ca administrarea unor medicamente puternice care blochează efectele hormonilor masculini. O astfel de „castrare chimică" este tratamentul de primă linie oferit în prezent bărbaților bolnavi de cancer prostatic metastatic.

Având în vedere legătura puternică dintre nivelurile hormonale și emoții, este surprinzător modul în care cercetarea și practica medicală au ignorat complet influențele psihice asupra apariției cancerului de prostată și au evitat abordări holistice ale tratamentului său. Practic, nu a existat nicio anchetă a personalității sau a factorilor de stres în malignitatea prostatei. Manualele ignoră subiectul.

Neglijarea posibilelor legături dintre stres, emoții și cancerul de prostată este cu atât mai puțin justificată, având în vedere ce este deja cunoscut. In jurul vârstei de 30 de ani, mulți bărbați au niște celule canceroase în prostată, iar pe la 80, majoritatea bărbaților le găsesc la control. Până la vârsta de 50 de ani, un bărbat are o șansă de 42% de a face cancer de

prostată. Cu toate acestea, la puțini bărbați de orice vârstă va progresa până la declararea bolii clinice. Cu alte cuvinte, prezența celulelor canceroase la prostată nu este neobișnuită nici măcar în cazul bărbaților mai tineri și devine standard pe măsură ce bărbații îmbătrânesc. Numai la o minoritate progresează către formarea unei tumori care provoacă simptome sau pune viața în pericol. Merită să ne întrebăm cum poate stresul să încurajeze dezvoltarea bolilor maligne. Ce tipare de personalitate sau circumstanțe de viață interacționează cu mecanismele de apărare ale organismului, permițând proliferarea celulelor canceroase deja prezente?

Când am ajuns să îi iau un interviu lui Ed, un bărbat subțirel de 44 de ani, cu trupul și fața cuiva mai tânăr decât el, s-a întors spre soția sa, Jean, care tocmai ieșea să facă niște cumpărături.

- E un chin, dar trebuie să mă duc să văd așa și pe dincolo la instalație. Nu pornește, a spus el.

- Dă-mi voie să te întreb ceva chiar acum, încep eu.

- Sigur.

- Spui că e un chin să vezi care-i treaba cu instalația. E o metaforă interesantă din punct de vedere anatomic atunci când este folosită de cineva care are cancer de prostată. Cât de ușor a fost în viața ta să refuzi lucrurile care erau, de fapt, mai supărătoare decât avantajoase pentru tine?

- Eu chiar nu spun nu. încerc să ajut oamenii tot timpul.

- Chiar dacă e dureros?

- Da. Chiar dacă nu e cel mai bine pentru mine sau ar trebui să fac alte lucruri mai importante pentru mine. îmi place să ajut oamenii.

- Ce se întâmplă dacă n-o faci?

- Mă simt rău în această privință. Vinovat.

Ed, lider al unei trupe de muzică country, obișnuia să consume cocaină, mescalină și marijuana, „două sau trei jointuri pe zi toată tinerețea mea. O

problemă pentru mine încă din copilărie a fost alcoolul". Ed îmi spune despre prima sa relație la maturitate, care a durat zece ani. A trăit cu o femeie mai în vârstă, pe care a ajutat-o să își crească cei doi copii, bând zilnic ca să înăbușe nefericirea. Această relație a luat sfârșit după o aventură a partenerei.

- M-am dat bătut. Am spus că nu vreau să accept asta. N-am făcut niciodată sex la întâmplare, deși aveam chef. Din acea zi, m-am lăsat de băut un an și jumătate, am început să fac jogging și tot ce doream. Am avut acest sentiment de libertate, ca și cum mi s-ar fi luat o greutate uriașă de pe piept. Puteam face tot ce doream si m-am simtit atât de bine cu mine însumi.

— Acum cât mai bei?

- Probabil cam patru beri pe zi. In fiecare zi.

- Cum te ajută?

- M-am cuplat cu Jean, iar problemele ei sunt și problemele mele; e tot mai greu și iar încep să beau.

- Așa că, în unele privințe, nu ești fericit în această căsătorie.

- Cred că un lucru important este controlul. I-am permis lui Jean să preia controlul acestei căsătorii fiindcă are scleroză multiplă și pentru că a venit dintr-o căsătorie abuzivă.— I se impunea totul, ce haine să poarte și tot felul de chestii de genul ăsta. Ceea ce, în schimb, m-a făcut să mă umilesc în această căsătorie.

- Te crezi controlat. Cum te simți în această privință?

- Ranchiunos.

- Si cum te descurci cu asta?

- Mă ascund.

- Nu îi spui că nu îți place?

- Nu. N-o fac.

- De ce îti aduce aminte? [9]

— De copilăria mea? Exact.

Deși Ed mi-a spus anterior că avusese parte de o „educație grozavă", a devenit repede evident că fusese controlat de părinți și se simțea foarte vinovat dacă nu reușea să le îndeplinească așteptările. Și-a amintit că primise „palme binemeritate", care, la o cercetare mai amănunțită, se pare că au fost bătăi administrate cu centura de tatăl său, începând de când el avea cam 8 ani.

- Credea că acesta este cel mai bun mod de a face lucrurile.

- Tu ce crezi?

- Ei bine, nu cred că a fost cel mai bun lucru pe care îl putea face, dar chiar nu ai prea mult de ales când ești mic. Am vrut să fiu o persoană bună. Când ești copil și te uiți la tatăl tău, nu știi cum ar trebui să fie, pentru că vrei ca tatăl tău să fie perfect și vrei să fii un copil perfect.

Una dintre caracteristicile uimitoare ale malignității prostatei este că, pe când testosteronul - hormonul despre care bărbații au fost lăsați să creadă că este responsabil pentru agresiunea masculină - susține creșterea lui, cancerul este de obicei o boală a vârstnicilor. Cu toate acestea, producția de testosteron a organismului scade odată cu îmbătrânirea. Nu s-a demonstrat nici că bărbații cu cancer de prostată au în sânge niveluri de testosteron mai ridicate decât media. La fol ca în cazul receptorilor de estrogen la cancerul mamar, sensibilitatea celulelor tumorale la concentrațiile normale de testosteron trebuie să se fi modificat.

La fol ca secreția hormonală produsă de glandele suprarenale și de ovare, sinteza de testosteron de către testicule se află sub controlul complex al foedbackului sistemului hipotalamo-pituitar din creier. Această rețea foarte

ușor reactivă la stres și emoții trimite o cascadă de substanțe biologice în circulație. >

Factorii emoționali influențează direct hormonul sexual masculin care funcționează la bine și la rău - la fol cum estrogenul, hormonul feminin din ovare, sau adrenalina, cortizolul și alți hormoni din glandele suprarenale sunt afectați de evenimentele psihice. Astfel se întâmplă ca, la o serie mică de pacienți, îndepărtarea chirurgicală a glandei pituitare să dea rezultate pozitive în tratamentul cancerului de prostată.^[2]

Testosteronul are o reputație negativă. Dacă dorim să complimentăm încrederea sau siguranța pe sine a unei femei, vom afirma că „are coaie“. Un redactor canadian a scris ca laudă la adresa lui Margaret Thatcher, cea cu voință de fier - sau necruțătoarea, în funcție de punctul de vedere -, fostul prim-ministru britanic, că are „de 10 ori mai mult testosteron decât bărbații". De atunci, distrugerea masculină și agresiunea sunt adesea puse pe seama testosteronului. De fapt, nivelurile ridicate ale hormonului sunt mai mult un efect decât o cauză.

S-a demonstrat că victoria sau înfrângerea nu modifică doar echilibrul hormonal, ci și celulele cerebrale la o specie de pești, ciclidele africane. „Când sunt înfrânți, hormonii hipotalamici ai peștilor se contractă, cu scăderi ulterioare ale hormonilor de reproducere și contracția testiculelor." Dacă situația este schimbată pentru a le permite peștilor învinși să devină dominanți, are loc o creștere a numărului de celule din hipotalamus, care produc un hormon eliberator de gonadotropină (GRH), care, la rândul lui, stimulează hipofiza să producă hormonii ce acționează asupra testiculelor. Testiculele cresc ca mărime, odată cu numărul de spermatozoizi al peștilor. „Cel mai important, această cercetare a demonstrat clar... *că modificările comportamentale* [și anume, atingerea stării dominante] *sunt cele care conduc la modificări fiziologice ulterioare."*^

In calitate de creaturi evoluate, ne place să credem că funcționarea noastră gonadală nu este la fel de ușor sensibilă la suișurile și coborâșurile vieții ca în cazul ciclidelor africane. De fapt, nivelurile hormonilor umani, precum ale peștelui nostru african, mai degrabă urmează decât să preceadă schimbările în relațiile de dominanță. Prof. James Dabbs, psiholog social la Georgia State University din Atlanta, a studiat interacțiunea dintre

testosteron și comportament. Potrivit unui raport din *The New York Times,* după analizarea celor aproape 40 de studii ale sale, el a conchis că, deși testosteronul crește libidoul, „nu există nicio dovadă că acesta provoacă agresiunea". Pe de altă parte, există dovezi că stările emoționale pot modifica rapid producția de testosteron. „Dr. Dabbs a testat fanii înainte și imediat după finala Cupei Mondiale de fotbal din 1994 dintre Italia și Brazilia. In ceea ce dr. Dabbs găsește dovada expresiei «a te scălda în glorie», nivelurile de testosteron au crescut în rândul brazilienilor victorioși si au scăzut în al italienilor))

demoralizați."[21] Astfel, nu este surprinzător că funcția gonadală este afectată de stările psihice atât la bărbați, cât și la femei. La oamenii deprimați, secrețiile de testosteron și alți hormoni legați de funcționarea sexuală erau diminuate semnificativ.[22] O malignitate dependentă de hormoni precum cea a prostatei este extrem de sensibilă la influențele biochimice legate de stres și stări emoționale. >

Cancerul de prostată este a doua cea mai frecventă malignitate la bărbați. Numai cancerul pulmonar apare mai des. Calculele variază, dar în 1996, în Statele Unite, au fost estimate 317 000 de cazuri noi și aproximativ 41 000 de decese.[22] In Canada sunt diagnosticate în fiecare an aproximativ 20 000 de cazuri noi. Factorii de mediu trebuie să aibă o importanță. S-a constatat că bărbații japonezi care migrează în Hawaii și în Statele Unite au o incidență mai mare a bolii decât nativii japonezi care trăiesc în Japonia: de peste două ori și jumătate mai mare. Cu toate acestea, în ceea ce privește autopsiile oamenilor fără boli, au fost găsite procente similare de celule maligne inactive, indiferent de geografie.[2^] întrebarea este de ce se transformă aceste celule inactive în tumori canceroase într-un mediu și nu în altul? Există rezultate epidemiologice foarte sugestive, care indică faptul că stresul influențează decisiv cine va suferi și cine nu de boală sau cine va muri din cauza cancerului de prostată.

Istoricul familiei sporește riscul de cancer de prostată, dar nu este un factor major în cele mai multe cazuri. Nu au fost identificați factori de mediu specifici care să fie comparabili cu legătura dintre țigări și cancerul pulmonar. Grăsimile saturate pot juca un rol. Având în vedere variația geografică, și influențele genetice pot avea o legătură. Boala este cel mai

mult răspândită în țările scandinave și cel mai puțin în Asia. Singurul grup rasial/etnic cu cel mai mare risc din lume este cel afro-american, la care cancerul de prostată este de două ori mai frecvent decât în rândul populației albe din SUA.

„Bărbații afro-americani au o rată de supraviețuire mai scăzută decât albii în toate stadiile cancerului de prostată, atunci când cancerul este diagnosticat din timp."[22] Rata mai mare a mortalității ar putea fi atribuit accesului redus la asistență medicală, disponibilă în general persoanelor din clasele mică și mijlocie și clasa muncitoare din sistemul sanitar. Cu toate acestea, diferențele rasiale în cazul malignității de prostată depășesc liniile de clasă. în orice caz, până în prezent nu s-a demonstrat că accesul sporit la asistența medicală are vreun efect pozitiv asupra ratei de supraviețuire. Am putea încerca să explicăm diferența dintre ratele de deces prin raportarea la factorii genetici, cu excepția faptului că americanii de culoare fac cancer de prostată la o rată de șase ori mai mare decât bărbații de culoare din Nigeria. Prezența celulelor canceroase „tăcute" clinic este aceeași la cele două grupuri.[2^]

Dacă factorii de mediu precum aportul caloric ar fi responsabili pentru dezvoltarea bolii, nu ne-am aștepta la diferențe mari în privința ratei de deces între americanii albi și cei de culoare. în forma sa actuală, doar aproximativ 10% din variația alb/negru a ratei cancerului a fost estimată ca repercusiune directă a grăsimilor saturate.[22] Dacă, pe de altă parte, influențele genetice ar fi decisive, ratele bolilor dintre persoanele de culoare din SUA și cele din Nigeria ar trebui să fie mult mai apropiate decât sunt.

Poziția istorică, socială și economică a persoanelor de culoare din societatea americană a zdruncinat coeziunea în comunitățile si familiile de culoare si le-a >)

impus afro-americanilor un stres psihic mai mare decât concetățenilor caucazieni sau faptul că persoanele de culoare din Africa se situează sub ei. Există o paralelă în cazul apariției tensiunii arteriale crescute în rândurile americanilor de culoare. Hipertensiunea este o boală legată clar de stres. Intr-un exemplu similar, frecvența unei boli autoimune, poliartrita

reumatoidă, suferită de persoanele de culoare din Africa de Sud în timpul apartheidului, a crescut pe măsură ce migrau la oraș din satele natale, chiar dacă în termeni strict financiari au câștigat datorită mișcării. Factorul principal sunt presiunile psihice ale vieții într-un mediu în care rasismul oficial îi priva pe oameni fățiș de autonomie și demnitate; familiile erau dezrădăcinate, iar sprijinul care venea din partea comunității era înlăturat.

O constatare care să corespundă celor văzute în altă parte în relația dintre boală și izolarea emoțională este că bărbații care sunt în prezent căsătoriți, în comparație cu bărbații divorțați sau văduvi, e mai puțin probabil să fie diagnosticați cu cancer de prostată.[25] Deși nu am putut găsi în literatura de specialitate nicio altă investigație specifică acestui caz și factorilor psihici implicați, un studiu a analizat bărbații care aveau dependențe mai mari decât grupul din care proveneau - bărbații mai puțin capabili să se cunoască pe ei înșiși ca adulți încrezători în sine. Acest studiu a conchis că bărbații dependenți aveau mai multe șanse să dezvolte o serie de boli, inclusiv cancer de prostată și alte forme ale bolii.[22]

Care ar fi consecințele practice, dacă o perspectivă holistică ar câștiga mai mult sprijin pentru cercetare și ar fi integrată în imaginea medicală a cancerului de prostată? In primul rând, promovarea examinărilor și testelor care produc anxietatea ar înceta, cel puțin până când am avea dovezi clare ale utilității lor. In iunie 1999, serviciul poştal al SUA a planificat să emită un timbru care să recomande „controale și teste anuale“ pentru cancerul de prostată. *The New England Journal of Medicine* a avertizat împotriva acestei absurdități, subliniind că mesajul „nu este în concordanță cu dovezile științifice actuale și cu părerea

comunității medicale"—. în al doilea rând, nu am supune zeci de mii de bărbați unei intervenții chirurgicale invazive, potențial dăunătoare și altor intervenții nedovedite fără a-i informa deplin cu privire la incertitudinea care învăluie tratamentul cancerului de prostată.

O abordare holistică plasează mai degrabă persoana în centru, în loc de testul de sânge sau de raportul de patologie, și ia în considerare un istoric al vieții individuale. încurajează oamenii să examineze cu atenție fiecare dintre solicitările cu care se confruntă, atât pe cele exterioare, cât și

interioare. în acest scenariu, diagnosticul cancerului de prostată ar putea servi mai degrabă ca semnal de alarmă decât ca simplă amenințare. Pe lângă tratamentul pe care îl pot primi sau nu, bărbații care sunt încurajați să răspundă reflectiv, ținând seama de fiecare aspect al vieții lor, își vor spori probabil șansele de supraviețuire.

O transformare pare să-l fi afectat pe Rudy Giuliani, diagnosticat cu cancer de prostată în aprilie 2000, în mijlocul cursei pentru Senat împotriva lui Hillary Clinton. Fostul primar al orașului New York a fost descris ca un om motivat, „un robo-primar imun la oboseală, frică sau îndoiala de sine", care „a trăit și a respirat etica muncii"—. El se identifica întru totul cu rolul său, dormea doar patru ore pe zi și lucra cea mai mare parte din celelalte 20. Se spunea că nu suporta să se îndepărteze de mijlocul acțiunii. Trebuia să își pună amprenta în toate, trebuia să aibă controlul, „lătrând ordinele ca un general". Nu reușise să își exprime compasiunea față de suferința oamenilor și arătase o rigiditate emoțională extremă. După diagnosticare, a făcut o remarcabilă confesiune publică. Referindu-se la cancerul său, el a declarat:

Te face să îți dai seama ce ești, ce este cu adevărat important pentru tine și ce ar trebui să fie important - știi, unde se află cu adevărat esența ta. Și cred că, fiindcă stau de atâta vreme în viața publică și în politică, am crezut că inima mea bate pentru politică... Nu este asa. Există ceva bun în chestia asta. Multe lucruri bune au ieșit de aici. Cred că mă
>

J

înțeleg mult mai bine. Cred că înțeleg mai bine ce este important pentru mine. Poate că încă nu am reușit cu totul. Ar fi o prostie să cred că am reușit să fac asta în câteva săptămâni, dar mă îndrept în acea direcție.

Spre deosebire de cancerul de prostată, un alt hormon asociat cancerului tractului genital masculin - cel de testicule - a fost o poveste de succes a oncologiei medicale și chirurgicale. Deși această boală rară a fost a treia cauză de deces în rândul tinerilor, nu mai este de mult timp nici măcar între primele cinci. Rata vindecărilor cu diagnosticare timpurie este acum de peste 90%. Cum demonstrează povestea remarcabilă a cvadruplului campion francez al Turului Franței, Lance Armstrong, chiar și bărbații cu o boală ajunsă la metastază au speranța unei însănătoșiri depline cu ajutorul

unei combinații de chirurgie judicioasă, radiații sau chimioterapie și hotărâre.

Când lucram în îngrijire paliativă, un oncolog de la British Columbia Cancer Agency m-a rugat să vorbesc cu Francis, un tip de 36 de ani cu cancer testicular - nu pentru că avea nevoie de îngrijiri paliative, ci pentru că nu avea nevoie. Deși tumoarea se întinsese la abdomen până ca Francis să fie diagnosticat, cu tratamentul adecvat avea totuși o șansă mai mare de 50% de vindecare completă. Problema era că refuza orice intervenție medicală. Oncologul spera ca aptitudinile mele de consiliere să ajute la schimbarea atitudinii negative a pacientului său.

Statisticile medicale care promiteau vindecarea - sau, cel puțin, o viață prelungită - nu îl interesau pe Francis. El și-a bazat refuzul pe motive religioase, argumentând că Dumnezeu îi trimisese boala și că ar fi fost o impietate să i se opună. A spus că nu se teme de tratament - pur și simplu simțea că este greșit să îl ia în considerare. Am încercat să mă apropii de negarea lui încăpățânată a vieții din orice unghi care mi-a trecut prin minte. Avea vreo vină din copilărie din cauza căreia simțea că pedeapsa era meritată? Era evident că Francis fusese singur, fără familie sau apropiați. Era deprimat? Era vorba despre o formă de sinucidere medicală?

Am întrebat, necredincios cum eram, dacă blasfemia îl facea să pretindă că știe voința Lui Dumnezeu. Dacă Dumnezeu i-ar fi dat cancerul, nu ar fi putut să îl trimită sub forma unui necaz peste care Francis să treacă cu bine și de pe urma căruia să învețe ceva? Mai mult, dacă Dumnezeu a fost cauza bolii, nu a fost El și sursa cunoașterii medicale care a făcut posibilă vindecarea?

Am pus toate aceste întrebări, dar cel mai mult l-am ascultat pe Francis. Am auzit vocea unui om foarte confuz și singuratic, de neclintit în refuzul său de ași salva viața. Se ținea ferm de presupusele principii religioase de nezdruncinat, în ciuda dezacordului expres cu privire la ideile sale din partea bătrânilor din biserica la care mergea. Aceștia i-au spus că interpretarea învățăturii confesiunii lor era îndărătnică și neîntemeiată. Ei s-au oferit să-l sprijine în perioada tratamentului și a convalescenței, dar degeaba.

Francis este unul dintre cei trei sau patru oameni pe care i-am văzut vreodată cu cancer de testicule. Deși incidența acestei malignități este în creștere, în Statele Unite nu sunt în fiecare an decât aproximativ 6 000 de cazuri noi, iar în Canada aproximativ o zecime din acest număr. Nu au existat studii asupra istoricelor emoționale sau personale ale oamenilor care o dezvoltă, ci doar asupra consecințelor psihice. Există similitudini remarcabile între cât de puțin am aflat din viața lui Francis, autobiografia publicată a lui Lance Armstrong și experiențele lui Roy, un tânăr pe care îl știam bine, pe care i-am intervievat pentru acest capitol.

Armstrong a observat mai întâi o ușoară umflătură a testiculelor în iarna anului 1996 și a început să simtă probleme de respirație în următoarea primăvară. Mameloanele îl dureau și a trebuit să renunțe la Turul Franței din 1997 din cauza tusei și a durerii lombare. „Sportivii, în special bicicliștii, sunt specialiști în negare"—, scrie Armstrong. Abia în septembrie, când tușea cu sânge și testiculul i se mărise dureros, a solicitat asistență medicală. Până atunci, cancerul se răspândise în plămâni și în creier.

Când vine vorba despre cancerul testiculelor, nu numai bicicliștii refuză să creadă că l-au făcut. Roy, în vârstă de 30 de ani, a simțit mai întâi inflamarea testiculului stâng la jumătatea anului 2000, dar a amânat să meargă la medicul de familie încă opt luni. Nu a spus nimănui despre asta. „Eram puțin stânjenit și, în al doilea rând, îmi era teamă să primesc vești proaste", spune el. Conform unui studiu britanic, această reticență de a obține ajutor este caracteristică bolii: „diagnosticul întârziat este comun, dar este cauzat mai des de întârzierea solicitării îngrijirii medicale decât de întârzierea diagnosticului corect pus de medic... Perioada maximă de întârziere între simptome și orhidectomie a fost de trei ani, cu o întârziere medie de 3,9 luni.“^

Poate pentru că tinerii pur și simplu nu sunt dispuși să accepte că este ceva în neregulă cu ei, în special cu organele sexuale. Dar logica sugerează contrariul: dacă masculinitatea ar fi problema, tinerii ar alerga probabil după ajutor imediat ce ar observa o anomalie cu testiculele lor - așa cum o fac, de exemplu, când observă că părul li se rărește din cauza calviției din

familie. Desigur, când analizăm viața lui Roy și autobiografia lui Lance Armstrong, vedem motive mai profunde pentru negarea bolii lor.

I-am cunoscut pe Roy și familia lui când el avea opt ani. Am fost doctorul lor timp de 20 de ani, până când am renunțat să mai practic în 2000. Am descoperit că Roy fusese tratat pentru cancer testicular când am intrat pentru o vizită scurtă în vechiul meu birou, acum câteva luni. Din întâmplare, era în aceeași după-amiază în care Roy se afla acolo pentru un control. Până atunci, citisem deja cartea lui Armstrong, *Nu doar despre bicicletă. Povestea unui nou început—*. Analogiile dintre viața lui Roy și a lui Lance erau ciudate. Poate că asemănările în reacția lor la boală au fost mai mult decât o coincidență.

Cu mult înainte de cancer, Armstrong adoptase un model de reprimare emoțională. Unul dintre prietenii lui apropiați îl descria ca pe „un fel de aisberg. Există un vârf, dar dedesubtul este mult mai mare". Armstrong nu l-a cunoscut niciodată pe tatăl său biologic, pe care îl descria cu dispreț ca pe „donatorul de ADN". Mama sa, Linda Mooneyham, cu părinții divorțați, avea 17 ani și a fost abandonată când l-a născut pe Lance, primul ei fiu. Tatăl Lindei, un alcoolic veteran din Vietnam, a renunțat la băut, spre salvarea sa, în ziua în care i s-a născut nepotul. Linda era o tânără curajoasă, cu o gândire independentă, dar, având în vedere circumstanțele, și foarte dornică de afecțiune, fiind mai degrabă un copil. După cum Lance avea să scrie: „Intr-un fel, am crescut împreună." Când Lance avea trei ani, Linda s-a recăsătorit. Tatăl vitreg, Terry Armstrong, este descris de Lance ca „un tip scund, cu o mustață imensă si un obicei de a se da mai mare decât era". Proclama >)

principiile creștine, dar, în ciuda lor, îl bătea pe Lance cu regularitate: „Paleta era metoda lui preferată de disciplină. Dacă veneam târziu acasă, scotea paleta de lemn. Pac. Dacă îi răspundeam, luam o paletă. Pac. Nu durea doar fizic, ci și emoțional. Așa că nu-mi plăcea Terry Armstrong deloc. L-am crezut întotdeauna un tocilar furios, plin de testosteron, așa că părerea mea despre religie este că a rămas plină de ipocriți."

După cum adolescentul Lance avea să afle, tatăl său vitreg era implicat și în relații extraconjugale. „Aș fi putut să-1 pedepsesc cu paleta pe Terry Armstrong.

Dar era altceva ce nu puteam să fac“, scrie Lance, referindu-se la infidelitatea tatălui său vitreg. Căsătoria s-a destrămat.

Roy este și el primul născut, copilul unui bărbat irascibil și violent, care obișnuia să își bată soția si fiul. *9* *9* *9* *9*

- îmi amintesc un lucru pe care l-a făcut tatăl meu. Mi-a legat încheieturile mâinilor și gleznele și m-a scos în curtea din spate. Nu-mi amintesc cât timp m-a lăsat acolo, dar ce m-a deranjat cu adevărat a fost că tipul acela care locuia la etaj se uita pe fereastră la mine și râdea. Cum dracu’ îi poți face asta unui copil? Evident, mă deranjează și în ziua de azi.

- Mama ta era pe acolo?

- Cred că mama mea era la muncă.

Roy se uita la mama sa ca la o aliată. Și-a asumat foarte devreme rolul de a o apăra împotriva violenței soțului ei. Mama lui Armstrong nu putea să își protejeze fiul împotriva bătăii. Este inevitabil ca un copil aflat în această situație să nu fie profund dezamăgit de eșec - și să nu simtă furie nu numai către tatăl lui abuziv, ci și către mama care nu l-a putut ține în siguranță. Lance nu pare să cunoască astfel de sentimente - și cred că aceasta este sursa negării și ignorării durerii. „Dacă ar exista o sărbătoare a suferinței, eu aș fi bun la asta“, scrie Lance despre atracția adolescenței sale pentru sporturile de rezistență. După cum am aflat deja, avea dificultăți mai mari să îndure trădarea mamei decât tratamentul dur la care era supus.

Copilul unei mame nefericite va încerca să aibă grijă de ea prin suprimarea suferinței lui, ca să nu o mai împovăreze. Trebuie să fie autosuficient, nu „dornic de afecțiune" - să ne amintim cum mi-am ascuns șchiopătatul după o intervenție minoră la genunchi. Când lui Lance, în vârstă de 25 de ani, i s-a dat diagnosticul de cancer, nu a putut să îi spună mamei direct. El a acceptat oferta unui prieten apropiat de a o informa în numele său.

Linda a făcut față problemelor cu mare putere, dragoste și curaj, sprijinindu-1 pe Lance în coșmarul unui prognostic foarte nesigur, prin dificultățile năucitoare de a face alegerile adecvate de tratament și chinurile chirurgiei cerebrale și chimioterapiei. Reflexul automat al fiului ei de a o

proteja nu era înrădăcinat în realitățile lor de la maturitate, ci în experiențele din copilărie care îi programaseră stilul de a face față.

Rezultatul relației lui din copilărie cu părinții, spune Roy, era că:

- In trecut am pus întotdeauna fericirea altora înaintea fericirii mele. Stima mea de sine era foarte scăzută, așa că am crezut că, dacă i-aș face pe alții fericiți, atunci ei m-ar accepta. Am încercat să îi satisfac, făcând ceea ce am crezut că vor de la mine.

- Cum ai făcut acest lucru?

- Prin a nu fi cinstit cu mine sau cu ceilalți. Eram mereu de acord cu lucrurile pe care își doreau să le facă sau nu eram cinstit cu ei dacă spuneau ceva dezamăgitor. Am dorit doar să trec peste situații. Acum câțiva ani, am avut o afacere cu doi parteneri. In ce mă privește, eram egali, dar se pare că ei se credeau șefi, totul le aparținea. Comanda era la ei. Părerea mea nu conta. Lucrurile astea te dezarmează, dar le țineam sub tăcere și nu ripostam. Nu știam cum să procedez.

Cred că diferența crucială dintre Lance Armstrong și Roy, pe de o parte, și Francis, pe de alta, este că primii doi au avut destulă dragoste în viața lor ca să țină puternic de partea din șinele lor care permitea dezvoltarea unui spirit de luptător. Spre deosebire de Francis, ambii au primit îngrijire și sprijin din partea familiei și prietenilor atunci când au fost diagnosticați.

Cred cu tărie că reprimarea joacă un rol în debutul malignității testiculare. Ar fi util să fie făcut un astfel de studiu în care oamenii să fie intervievați cu privire la modul în care și-au trăit viața din punct de vedere emoțional. Un aspect care ar merita atenție este nivelul de apropiere și identificare a pacienților cu mamele lor. Există - nu din coincidență - o asemănare stranie la înfățișare între mama lui Lance si soția sa, Kik. Intr-o fotografie cu cei trei din memoriile captivante ale lui Armstrong, cu greu se pot deosebi cele două femei.

Una dintre lecțiile pe care Roy le-a învățat spontan din experiența în domeniul cancerului a fost să refuze să își mai dirijeze comportamentul spre a-i mulțumi pe alții, fără să ia în considerare prețul plătit de el. „Orice aș

face acum, cu siguranță nu le mai fac pe plac altora. Ce o să mă facă fericit? Asta vreau eu să fac? Am încercat altfel în trecut și nu a mers pentru mine.“

Până la urmă, Francis a fost primit pentru îngrijiri paliative. Cancerul s-a răspândit în ficat, provocându-i o umflătură dureroasă. El a murit destul de curând, mai devreme decât anticipaseră doctorii.

Note:

83 G.L. Lu-Yao et al., „Effect of Age and Surgical Approach on Complications and Short-Term Mortality after Radical Prostatectomy - A Population-Based Study“, *Urology,* voi. 54, nr. 2, august 1999, pp. 301-307.

84 L. Katzenstein, „Can the Prostate Test Be Hazardous to Your Health?", *The New York Times,* 17 februarie 1999.

85 . Studiu discutat în publicația periodică *Cancer,* 1997.

86 C J. Newschaffer et al., „Causes of Death in Elderly Cancer Patients and in a Comparison Nonprostate Cancer Cohort", *Journal of the National Cancer Institute,* voi. 92, nr. 8, 19 aprilie 2000, pp. 613-622.

8Z *The Journal of the American Medical Association,* 5 mai 1999.

88 Jean are SM. Pentru povestea ei, *vezi* capitolul 18, „Puterea gândirii negative". *(N. a.)*

89 S.M. Levy, *Biological Mediators of Behavior and Disease: Neoplasia,* Elsevier Biomedical, New York, 1981, p. 76.

90 TE. Seeman și B.S. McEwen, „Impact of Social Environment Characteristics on Neuroendocrine Regulation", *Psychosomatic Medicine,* voi. 58, septembrie-octombrie 1996, p. 462.

91 D. France, „Testosterone, the Rogue Hormone, Is Getting a Makeover", *The New York Times,* 17 februarie 1999.

92 U. Schweiger et al., „Testosterone, Gonadotropin, and Cortisol Secretion in Male Patients with Major Depression", *Psychosomatic Medicine,* voi. 61, 1999, pp. 292-296.

93 R.K. Naz, *op.cit.,* p. 14.

94 Roger S. Kirby et al., *Prostate Cancer,* Mosby, St. Louis, 2001, p. 29.

25 *Ibidem,* p. 15.

96 Levy, *BiologicalMediators...,* p. 74.

2Z R-K. Naz, *op. cit.,* p. IZ.

98 *Ibidem,* p. 8Z.

99 R.P. Greenberg și PJ. Dattore, „The Relationship between Dependency and the Development of Cancer", *Psychosomatic Medicine,* voi. 43, nr. 1, februarie 1981.

100 *New England Journal of Medicine,* voi. 340, pp.884-88Z, citat în *The Journal of the American MedicalAssociation,* 5 mai 1999, p. 15Z5.

101 A. Kirtzman, Rudy Giuliani: Emperor of the City, Harper Perennial, New York, 2001.

102 L. Armstrong, *Nu doar despre bicicletă. Povestea unui nou început,* traducere de Cristina Preda, Preda Publishing, București, 2013.

103 A. Horwich, *Testicular Cancer: Investigation and Management,* Williams & Wilkins, Philadelphia, 1991, p. 6.

104 Apărută în traducerea Cristinei Preda, Preda Publishing, București, 2013. (AA. *trad.}*

CAPITOLUL 9

Există o „personalitate canceroasă"?

La sfârșitul toamnei din 1990, Jimmy s-a căsătorit cu Linda. Nunta a avut loc în capela unității de îngrijire paliativă a spitalului din Vancouver, cu cinci zile înainte ca el să moară de cancerul de piele care îi invadase coloana. Mireasa era însărcinată în opt luni. Cu excepția tatălui său, toată familia lui Jimmy se adunase să asiste la ceremonie și să îi fie alături în ultimele săptămâni. La o lună și o zi după ce am declarat moartea lui Jimmy, am participat la nașterea fiicei lor, Estelle, la fel cum am ajutat la aducerea pe lume a celor doi copii mai mari ai Lindei din prima căsătorie.

Jimmy nu prea era obișnuit cu doctorii. Deși el și Linda fuseseră împreună cinci ani, l-am întâlnit pe Jim doar în acea vară, când a vizitat cabinetul din cauza unor dureri persistente de spate. S-au dovedit semnul metastazelor spinale de la un cancer de piele care îi fusese extirpat de la picior cu câțiva ani în urmă. Boala inițială, melanomul malign, este o tumoare care pune viața în pericol, o tumoare a melanocitelor, celulele pigmentare din piele. Boală mortală, cu tendința de a se extinde la alte organe, melanomul lovește adesea oamenii tineri.

Nu am reușit să îl cunosc foarte bine pe Jimmy, dar de la prima noastră întâlnire m-a impresionat foarte plăcut. Avea 31 de ani, era politicos și prietenos, cu părul castaniu-deschis de culoarea nisipului, ochi albaștri, cu tenul presărat cu pistrui și o privire specific irlandeză, foarte deschisă.

Expunerea indivizilor cu pielea albă la radiațiile ultraviolete este principalul factor de risc fizic pentru melanomul malign. Oamenii de origine celtică sunt deosebit de vulnerabili, în special dacă, precum Jimmy, au părul de culoare deschisă, pistrui și ochi albaștri sau cenușii. Grupurile etnice cu pielea închisă la culoare sunt expuse unui risc redus pentru cancerul de piele - în Hawaii, cancerul de piele este de 45 de ori mai puțin frecvent printre non-caucazieni decât printre caucazieni.[1]^ Dermatologii locali conduc o „patrulă de protecție solară“ pe plajele din Vancouver pe timpul

verii, ca serviciu public, avertizându-i pe cei care stau la soare despre pericol pe care îl atrag. Este regretabil că reprimarea nu este o problemă la fel de uşor de remediat precum protecţia solară inadecvată. Melanomul malign a constituit obiectul de studiu al unora dintre cele mai convingătoare rezultate ale cercetării, care au făcut legătura dintre reprimare şi dezvoltarea cancerului.

Starea lui Jimmy s-a deteriorat foarte repede, iar chimioterapia şi radioterapia l-au făcut să se simtă mai rău. „Mi-a ajuns“, a spus el în cele din urmă. „E aiurea. Sunt pe moarte şi nu trebuie să mor aşa de bolnav. “ La scurt timp după aceea, picioarele i-au paralizat, facându-1 să accepte îngrijirea paliativă. Moartea a urmat în câteva săptămâni. Până acum doi ani, când mi-am încheiat cariera, Linda şi copiii săi au rămas pacienţii mei. Când am sunat-o recent, a fost de acord să fie intervievată pentru această carte, aşa cum a făcut şi Donna, sora mai mare a lui Jimmy.

I-am cerut Lindei să descrie personalitatea soţului defunct.

- Jimmy era uşor de abordat şi foarte relaxat. Ii plăcea să fie înconjurat de oameni. A trebuit să mă gândesc puţin când ai întrebat ce fel de presiuni au existat în viaţa lui. Nu era genul de persoană foarte stresată. Ii cam plăcea să bea în fiecare zi. De aceea nu m-am căsătorit cu el în toţi acei ani, din cauza băuturii. Bea bere în fiecare zi - cel puţin patru sau mai multe.

- Asta îl schimba în vreun fel?

- Doar dacă bea mai mult de-atât... Atunci devenea un urs foarte mare si *9* sociabil, care voia să le spună tuturor cât de mult îi iubeşte. Când bea, voia doar să îmbrăţişeze oameni ca si cum erau fraţii lui mai mari. Simţea nevoia să *9 9* *9* *9*

9

le spună tipilor: „Tu eşti omul meu“, apoi începea să plângă. Nu era un om violent, nu era furios sau frustrat. Era trist. Avea o mare tristeţe şi nu ştiu de ce. Mă gândesc la un singur lucru, un secret pe care îl avea în legătură cu tatăl său, pe care nu a vrut să mi-1 spună. Nu putea să vorbească despre asta. Nu vorbea despre sentimentele lui. Nu împărtăşea nimic, de fapt.

- Ce fel de copilărie a avut?

- A crescut la Halifax. Spunea mereu că fusese un copil fericit. Părinții lui stăteau împreună. Ambii părinți erau alcoolici - tatăl, din câte am înțeles eu, bea de mult timp. Cred că mama lui a început să bea când Jimmy era adolescent.

După cum am aflat ulterior de la sora lui Jimmy, Donna, cam cu doi ani mai mare decât el, tatăl lor fusese un mare alcoolic în copilăria lor. Eu și Donna am avut două conversații.

- M-am simțit foarte bine în copilărie, mi-a spus ea la început. Frații mei mai mici sunt de altă părere, dar eu cred că am avut o educație foarte bună. O familie fericită...

Jimmy a fost chiar un copil fericit. Ne jucam tot timpul. Mergeam în curtea din spate și ne băteam cu apă - știi, cu pistoale dintr-alea cu apă. Parcă-1 văd -un copil cu fața foarte fericită.

- Cum ți-i amintești pe părinții voștri?

- Tatăl meu a fost minunat și cel mai prietenos om dintre noi. Era foarte amuzant. Tot timpul glumea cu noi, luptându-se cu noi în joacă, gâdilându-ne. Făcea mimă, vorbea ca rățoiul Donald. Oamenii veneau pe la noi și spuneau: „Fă-1 pe tatăl tău să se strâmbe ca o rață.“ Era o persoană comică, dar trebuia să-1 asculți. Glumeam cu el, dar când vorbea tata, pământul se cutremura... Când era supărat sau nervos, când era deja prea mult, se termina distracția. Dacă ne spunea să facem un lucru, îl faceam.

-De ce?

- Pentru că, dacă nu, erai pedepsit și țipa la tine.

Donna s-a căsătorit și s-a mutat în alt oraș când avea 19 ani. Jimmy a rămas cu părinții săi până la vârsta de 22 de ani. Când se afla în ceea ce trebuia să fie o scurtă excursie la Vancouver, chipurile ca să se întâlnească cu un prieten, a sunat ca să le spună părinților că nu se mai întoarce. Nu s-a întors decât în scurte vizite.

- Pur și simplu a sunat și a spus că nu vine acasă. A lăsat o scrisoare în sertarul de sus, explicând asta.

- A fugit.

- Da. Și motivul, îmi amintesc că le-a spus părinților mei: „Hei, nu v-am spus pentru că n-am vrut să vă fac rău...“

- Jimmy avea senzația că și-ar fi dezamăgit părinții dacă devenea o persoană independentă.

- Toți am fost facuți să simțim asta. Pentru mama noastră, copiii erau lumea ei. Erau totul pentru ea. A încercat să facă tot posibilul, dar era foarte atașată de noi - chiar și în detrimentul meu, dar mai ales în al lui Jimmy. Privind în urmă, îmi dau seama că am fost atașați într-un mod nesănătos. Cred că la un moment dat trebuie să îți lași copiii să plece. Cred că ea nu ne-a dat drumul din punct de vedere emoțional. M-am simțit obligată, și Jimmy la fel, de multe ori. In mod normal, părinții încearcă să înțeleagă și accepte separarea ta când devii adult.

> - Evadarea fizică a lui Jimmy pe Coasta de Vest nu înseamnă că s-a eliberat în interior.
>
> - Bineînțeles că nu. Se simțea îngrozitor. Se simțea foarte, foarte rău. A facut-o, dar a și trebuit să trăiască cu asta.

Potrivit Donnei, Jimmy nu a suportat povara durerii emoționale a părinților săi, chiar și la sfârșitul vieții.

> - Chiar înainte de weekendul de Ziua Muncii, fratele meu m-a sunat. Mi-a spus care era treaba cu melanomul: „Știi, Donna, nu pot să îi sun pe mama și pe tata, pentru că nu mă descurc emoțional. Poți tu să faci asta pentru mine?“ Am spus că sigur o voi face. Așa că el a spus: „Asigură-te că nu mă sună supărați și plângând și chestii de-astea, pentru că n-aș suporta. “

I-am sugerat Donnei că amintirile despre „fața foarte fericită" a lui Jimmy nu descriau deloc o față sinceră. Cel puțin parțial, putea să fie un mecanism

de adaptare pe care Jimmy îl adoptase ca reacție la îngrijorările și furia părinților. Era o modalitate de a evita impactul dureros al emoțiilor lor asupra sa. Calmarea sentimentelor părinților se realiza prin negarea sentimentelor lui.

Donna m-a sunat înapoi câteva zile mai târziu. Conversația noastră a adus în prim-plan multe amintiri. Simțea nevoia să vorbească.

> - După ce am vorbit, mi-am continuat ziua în mod obișnuit. M-am dus la culcare târziu. Cam pe la 4:00, m-am trezit. Era incredibil câte lucruri ieșiseră la iveală și îmi treceau încontinuu prin minte.
>
> - Ai menționat-o pe Linda spunând că Jimmy ținea multă tristețe în el, care poate că avea legătură cu tatăl său. II cunoșteam pe Jimmy foarte, foarte bine, și da, tristețea era copleșitoare. Pot să o iau de la început, să îmi amintesc de când era mic. Singura dată când îmi amintesc ca tatăl meu a făcut ceva cu fratele meu a fost o hârjoneală pe covorul din sufragerie. Vad o grămadă de zâmbete și râsete. Dar, în afară de asta, nu a participat niciodată la viața lui Jimmy. Nu a mers niciodată la jocurile de hochei. Nu s-a jucat cu el.

Ciudățenia este că tatăl nostru spunea mereu că ne iubește, dar ne facea să suferim. Am un frate mai gras, iar el îl ridiculiza în fața oamenilor. Ii spunea niște lucruri îngrozitoare. Și lui Jimmy la fel.

Niciodată nu m-am enervat pe tatăl meu - întotdeauna l-am acoperit, poate cu bună știință, poate fără să vreau. In acea noapte, dintr-odată, m-am înfuriat. Am început să mă gândesc la Jimmy și la toate lucrurile care se întâmplaseră în copilărie și de-a lungul vieții lui. M-am tot gândit de câte ori tata a ridicat vocea. Dacă încerca să repare ceva și nu avea uneltele potrivite sau șuruburile cădeau pe podea, sau ceva nu se întâmpla exact așa cum trebuia să se întâmple, el urla, iar noi ne speriam. Pur și simplu fugeam. Mi-am amintit brusc vocea lui și țipatul. Ar fi trebuit să îi spun: „Nu așa ar trebui să trăiești. Nu ar fi trebuit să trecem prin asta.“ Chiar și la sfârșit... Tatăl meu a venit să-1 vadă pe Jimmy cu mașina din Halifax. Practic, sora mea și soțul ei au condus; tatăl meu a băut tot drumul. Ei au sosit cu două săptămâni înainte ca Jimmy să meargă la îngrijiri paliative. Tatăl meu a intrat în apartament și a stat acolo sorbindu-și berea, fără să se

ducă în dormitor ca să își vadă fiul, pe Jim. Noi încercam să-1 acoperim. Nu voiam ca Jimmy să își dea seama că tatăl său nu putea să dea ochii cu el - îi era teamă să vadă cum arăta. Tata a ieșit, s-a dus la frigider și, dintr-odată, a zis : „Cum de nu e suc de mere aici? Nu-mi vine să cred!“ Și a început să ne facă scandal tuturor din apartament. Eram uimiți. Și-a luat haina, a șters-o la magazin și s-a întors cu suc de mere pentru Jimmy. Apoi s-a întors acasă și asta a fost tot. Nu l-a văzut niciodată pe Jimmy în spital. S-a întors la Halifax și nu l-a mai văzut niciodată. Și lucrul amuzant este, ei bine... Știi că Linda era însărcinată cu Estelle si că s-au căsătorit cu cinci zile înainte ca
>

9

Jimmy să moară. In ziua aceea era aproape în comă.

- Da, era vlăguit. A trebuit să îi creștem rapid medicația pentru durere.

- Ei bine, unul dintre lucrurile pe care mi le tot amintesc este acesta... După nuntă, era slăbit, dar și-a ridicat mâna și a zis: „Uite, uite, *exact ca inelul lui tata?* Și formația care i-a cântat la nuntă a fost aceeași cu a lui tata. E amuzant, acelea au fost cuvintele care au ieșit din gura lui Jimmy. *Exact ca inelul lui tata.*

Modul lui Jimmy de a face față emoțional a fost documentat pe larg în cazul pacienților cu melanom. Un studiu excelent din 1984 a măsurat reacțiile fiziologice la stimuli stresanți pentru trei grupuri: pacienți cu melanom, persoane cu afecțiuni cardiace și un grup de control fără afecțiuni medicale. Fiecare persoană a fost conectată la un dermograf, un dispozitiv care înregistra reacțiile electrice ale organismului în piele în timp ce subiectul analiza o serie de diapozitive concepute să provoace stresul. In diapozitive erau prezentate insulte, subiecte neplăcute sau deprimante, precum „Ești urât“ sau „Numai tu ești de vină“. Pe măsură ce răspunsurile lor fiziologice au fost înregistrate, participanților li s-a cerut să își înregistreze răspunsul subiectiv cu privire la cât de calmi sau tulburați s-au simțit la citirea fiecărui enunț. Cercetătorii au obținut astfel o copie a nivelului real de suferință cu care se confrunta sistemul nervos al fiecărui subiect și, în același timp, un raport al percepției stresului emoțional resimțit.

Răspunsurile fiziologice ale celor trei grupuri au fost identice, dar grupul cu melanom s-a dovedit cel mai potrivit să nege orice senzație de neliniște sau deranj provocată de mesajele de pe diapozitive. „Acest studiu a constatat că pacienții cu melanom malign au prezentat reacții de adaptare și tendințe care ar putea fi descrise ca «reprimare». Aceste reacții au fost semnificativ diferite de cele ale pacienților cu boli cardiovasculare, despre care s-ar putea spune că manifestau tiparul opus situației de adaptare.

Grupul cu melanom a fost cel mai reprimat dintre cele trei grupuri; pacienții cardiaci păreau cel mai puțin inhibați. (Nu înseamnă, după cum se pare, că reactivitatea pacienților cardiaci este sănătoasă. Intre reprimare și hiper-reactivitate există o mediană sănătoasă.) Acest studiu a demonstrat că oamenii trec prin tensiuni emoționale cu efecte fizice măsurabile asupra sistemelor lor -reușind, în același timp, să își ascundă sentimentele într-un loc cu totul îndepărtat de conștiință.

Apariția noțiunii de personalitate de „tip C“ a fost pentru prima dată pusă în legătură cu melanomul. Vorbim despre o combinație de trăsături de personalitate care sunt găsite mai ales la cei care dezvoltă cancer. Persoanele de tipul A sunt considerate „furioase, tensionate, rapide, agresive, dependente de control" și mai predispuse la boli cardiace. Tipul B reprezintă ființa echilibrată, moderată, care poate simți și exprima emoții fără a se lăsa purtată de val și fără a se pierde în izbucniri emoționale necontrolate. Personalitățile de tip C au fost descrise ca „extrem de cooperante, răbdătoare, pasive, lipsite de încredere și acceptare. Individul de tip C seamănă cu tipul B, deoarece ambii par calmi și plăcuți, dar tipul B exprimă cu ușurință mânie, teamă, tristețe și alte emoții, pe când individul de tip C, în opinia noastră, reprimă emoțiile «negative», în special furia, luptându-se să păstreze o aparență puternică și fericită"—.

Oare boala însăși schimbă personalitatea cuiva, afectându-i stilul de adaptare într-un fol care nu indică modul în care a funcționat viata lui înainte de începerea bolii? Povestea lui Jimmy, relatată de soția și de sora lui, ilustrează că reprimarea, „caracterul agreabil" și lipsa de agresiune sunt modele pe viață, avându-și originile în copilărie. După cum au menționat cercetătorii care au studiat reacțiile la stres fiziologic în cazul pacienților cu melanom: „Atunci când persoanele sunt diagnosticate cu o boală - fie

cancer sau boli cardiovasculare - nu își schimbă abrupt modul obișnuit de a face față stresului sau nu dezvoltă noi modele... In condiții de stres, oamenii își mobilizează resursele și mijloacele de apărare existente."

Cum se transformă stresul psihic în leziuni maligne ale pielii? Factorii hormonali justifică probabil faptul că numărul melanoamelor crește în zonele din corp neexpuse la lumina soarelui. Cercetătorii au sugerat că hormonii pot stimula în exces celulele producătoare de pigmenți.—

Trăsăturile de personalitate de tip C asociate cu melanomul au fost găsite și în studii privind multe alte forme de cancer. In 1991, cercetători din Melbourne, Australia, au investigat dacă trăsăturile de personalitate constituiau un factor de risc în apariția cancerului de colon sau rectal. Peste 600 de persoane recent diagnosticate au fost comparate cu un grup de control. Mulți dintre pacienții bolnavi de cancer au fost mai susceptibili statistic să prezinte următoarele caracteristici: „elementele de negare și reprimare a furiei și a altor emoții negative... înfățișarea exterioară a unei persoane «agreabile» sau «bune», o suprimare a reacțiilor care pot ofensa și evitarea conflictelor. Riscul de cancer colo-rectal referitor la acest model a fost independent de factorii găsiți anterior, precum dieta, consumul de bere și istoricul familiei"[122].

Raportarea la copilărie sau nefericirea ca adult a fost și ea mai frecventă în cazurile de cancer intestinal. Am observat deja caracteristici similare în rândul pacienților cu cancer mamar, melanom, cancer de prostată, leucemie și limfom, precum și în rândul celor cu cancer pulmonar.

In 1946, cercetătorii de la Universitatea John Hopkins au început un studiu prospectiv pe termen lung pentru a stabili dacă există caracteristici psihobiologice care ar putea contribui la anticiparea stărilor de boală în rândul tinerilor. In cursul celor 18 ani care au urmat, 1 130 studenți albi de sex masculin înscriși la școala medicală au fost supuși unor teste psihologice. Au fost chestionați cu privire la modul în care fac față emoțiilor și la relațiile avute cu părinții în copilărie. Datele biologice - puls, tensiune arterială, greutate și nivelurile de colesterol - au fost și ele înregistrate, precum și obiceiurile ca fumatul, consumul de cafea și de alcool. La sfârșitul studiului, aproape toți subiecții absolviseră și majoritatea au devenit medici, cu vârste cuprinse între 30 și până peste 60 de ani. In

acel moment, starea lor de sănătate a fost reexaminată; majoritatea era sănătoasă, dar aproximativ în număr egal cu unii care dezvoltaseră boli cardiace, hipertensiune, boli psihice, cancer ori se sinuciseseră.

Când cercetătorii au conceput proiectul, nu se așteptau să descopere cum va fi asociat cancerul cu factori psihologici preexistenți. Cu toate acestea, datele lor au arătat doar o astfel de legătură. Existau similitudini izbitoare între cei care fuseseră diagnosticați cu cancer și grupul sinucigaș: „Rezultatele noastre sunt în concordanță cu descoperirile conform cărora pacienții cu cancer «tind să dezaprobe și să reprime impulsurile conflictuale și emoțiile într-o măsură mai mare decât alte persoane.»“ Cercetătorii au descoperit că atât pentru majoritatea oamenilor sănătoși, cât și pentru fiecare categorie de boli există o serie distinctă de trăsături psihice. Cele mai mici punctaje pentru depresie, anxietate și furie fuseseră înregistrate inițial la studenții care au făcut ulterior cancer. De asemenea, ei raportaseră că sunt cei mai îndepărtați de părinții lor. Dintre toate grupurile, subiecții cu cancer au fost cel mai puțin în măsură să exprime emoție. înseamnă că există o „personalitate canceroasă"? Răspunsul nu este nici un simplu da, nici un simplu nu.

Melanomul ilustrează inutilitatea reducerilor simpliste la un singur punct inițial. Pielea deschisă la culoare nu poate fi cauza acestui cancer, deoarece nu toată lumea cu pielea deschisă va dezvolta un melanom. Leziunile ultraviolete suferite de piele nu sunt suficiente, deoarece numai o mică parte dintre persoanele cu ten deschis care suferă din cauza arsurilor solare sfârșesc prin a avea cancer de piele. Nici reprimarea emoțională în sine nu poate fi o cauză a cazurilor de melanom malign, deoarece nu toți cei care își reprimă emoțiile vor dezvolta fie melanomul, fie alt cancer. O combinație a acestor trei circumstanțe este potențial letală.

Deși nu putem spune că orice tip de personalitate *cauzează* cancer, anumite caracteristici de personalitate cresc cu siguranță riscul, deoarece sunt în stare să genereze stres. Reprimarea, incapacitatea de a spune nu și lipsa de conștientizare a furiei fac mult mai plauzibil scenariul ca o persoană să se găsească în situații în care emoțiile sale nu sunt exprimate, nevoile îi sunt ignorate și bunăvoința sa este exploatată. Aceste situații induc stresul, indiferent dacă persoana este conștientă sau nu de faptul că este stresată.

Repetate și multiplicate de-a lungul anilor, aceste situații au potențialul să afecteze homeostaza și sistemul imunitar. Este vorba despre stresul - nu de personalitate ca atare - care subminează echilibrul fiziologic al unui organism și protecția lui imunitară, predispunându-1 la boală sau reducându-i rezistența la ea.

Stresul fiziologic este deci legătura dintre trăsăturile personalității și boală. Anumite trăsături - de altfel, cunoscute ca stiluri de adaptare - sporesc riscul de îmbolnăvire prin creșterea probabilității de stres cronic. Comună la toate acestea este o capacitate diminuată de comunicare emoțională. Experiențele emoționale sunt transpuse în evenimente biologice potențial dăunătoare, în care ființele umane sunt împiedicate să învețe cum să își exprime sentimentele eficient. Acea învățare se produce - sau nu - în timpul copilăriei.

Modul în care oamenii se maturizează le modelează relația cu psihicul și corpul. Contextele emoționale în care s-au regăsit în copilărie și temperamentul pe care l-au moștenit dau naștere unor trăsături de personalitate. O mare parte din ceea ce numim personalitate nu reprezintă o serie fixă de caracteristici, ci doar mecanismele de adaptare dobândite în copilărie. Există o distincție importantă între o *caracteristică* inerentă, înrădăcinată fără a ține seama de mediul său, și un *răspuns la mediu,* un model de comportamente dezvoltate să asigure supraviețuirea.

Ceea ce noi considerăm trăsături de nesters nu sunt mai mult decât tehnici)

defensive obișnuite, adoptate inconștient. Oamenii se identifică adesea cu aceste tipare, considerând că sunt o parte indispensabilă a personalității lor. Uneori chiar își disprețuiesc anumite trăsături - de exemplu, atunci când o persoană se descrie ca „dependent de control". In realitate, nu există o înclinație umană înnăscută pentru control. Anxietatea profundă a cuiva „controlează" situațiile. Bebelușul și copilul care percep că nevoile nu le sunt satisfăcute deprind un stil obsesiv de adaptare, devenind neliniștiți din cauza fiecărui detaliu. Când o astfel de persoană se teme că nu poate controla evenimentele, ea trece printr-un mare stres. Inconștient, crede că numai controlând fiecare aspect al vieții și al mediului va putea asigura satisfacerea nevoilor sale. Pe măsură ce crește, ceilalți o vor detesta și va ajunge să se urască pentru ce a fost inițial un răspuns disperat la privarea de

emoții. Imboldul de a controla nu este o *trăsătură* înnăscută, ci un *stil de adaptare.*

Reprimarea emoțională este și ea un stil de adaptare mai degrabă decât o caracteristică de personalitate foarte greu de schimbat. Nici măcar unul dintre numeroșii adulți intervievați pentru această carte nu a putut răspunde afirmativ când a fost întrebat anumite chestiuni. Când ai fost trist, supărat sau furios în copilărie, a fost acolo cineva cu care să vorbești - chiar și când el sau ea era cel/cea care îți provoca emoțiile negative? Intr-un sfert de secol de practică clinică, inclusiv un deceniu de activitate paliativă, nu am auzit niciodată pe cineva care suferă de cancer, de boli sau afecțiuni cronice răspunzând „da" la această întrebare. Mulți copii sunt condiționați în acest mod nu din cauza oricăror lezări sau abuzuri intenționate, ci pentru că părinții sunt bântuiți de neliniștea, furia sau tristețea pe care o simte copilul lor - sau pur și simplu sunt prea ocupați sau prea îngroziți să fie atenți. „Mama și tatăl meu aveau nevoie să fiu fericit" este formula simplă pe care copilul, mai târziu, un adult stresat și deprimat sau bolnav, o adoptă ca model de reprimare pe tot parcursul vieții.

Jill, o producătoare de filme din Chicago, diagnosticată cu cancer ovarian avansat, recunoaște că este perfecționistă. O prietenă de-ale ei mi-a spus că fusese îngrijorată în cursul anului anterior diagnosticării, fiindcă o privea pe Jill îndurând o experiență stresantă. ,^m simțit atunci că acest lucru va fi mai mult decât dăunător din punct de vedere psihic“, a afirmat prietena. „Cu aproximativ trei ani în urmă, Jill a intrat într-o colaborare pentru o producție video. Compania de producție nu a făcut o treabă excelentă. Experiența a devenit un coșmar pentru ea, întrucât așteptările ei vizau finalizarea proiectului. Odată ce a fost de acord, trebuia să facă totul la înaltă calitate. A petrecut de trei sau de cinci ori mai mult timp decât era plătită. Acesta a fost, cred, un mare declanșator pentru corpul lui Jill de a spune: «Nu fac față.»“

Interviul meu cu Jill a fost lămuritor pentru combinația de onestitate dezarmantă și negare psihologică. Jill a spus povești revelatoare despre tensiunile din relațiile sale cu părinții și cu soțul, neacceptând nici pentru o clipă că acestea ar fi putut contribui la apariția bolii. Are 50 de ani, e foarte coerentă, și are tendința de a intra într-un labirint de detalii despre fiecare

subiect. Am simțit că era modul ei de a ține anxietatea ascunsă. Părea stânjenită chiar și de tăceri scurte în conversație. La prima noastră întâlnire, Jill încă mai purta o perucă, după ce își pierduse părul din cauza chimioterapiei. Adoptase rolul de mamă în căsătorie. Când soțul ei, Chris, a suferit o boală acută și epuizantă, ea l-a îngrijit cu devotament matern, chemând medici, veghind asupra lui noaptea, asigurându-se că era bine îngrijit când ea era la lucru. In tot acest timp, pregătea o prezentare pe care urma să o susțină la o conferință națională și conducea un grup de studiu la seral pentru cineaști aspiranți. A avut un astfel de curs în noaptea dinaintea plecării la conferință, facându-și bagajul la două dimineața și prinzând un zbor devreme.

Prima manifestare a simptomelor de cancer ovarian a avut loc la scurt timp după nebunia cu îngrijirea soțului ei. Contrastul dintre îngrijirea soțului și a soției a fost dramatic. Chris nu a făcut nicio investigație medicală pentru ea timp de câteva luni, părând să uite durerea și pierderea în greutate, în ciuda faptului că Jill „lua mereu Advil". „Străinii din lifturi mă întrebau dacă eram bine", spune ea. Cum se întâmplă adesea în cazul cancerului ovarian, doctorii au avut nevoie de câteva luni să ajungă la diagnostic.

Primul lucru pe care Jill l-a spus când a fost informată că are cancer ovarian a fost: „Bietul meu soț și biata mea mamă. Sunt un stâlp de rezistență pentru ei. îmi pare rău, fiindcă fără mine și-ar pierde singurul sprijin." Oncologul ginecolog i-a explicat cuplului că supraviețuirea în următorii cinci ani era slabă, dat fiind stadiul în care boala lui Jill fusese diagnosticată. Chris era în faza de negare. „Nu părea că a auzit acest lucru", spune Jill. „Trebuia să vorbesc despre ce mi se spusese, dar în mașină, în drum spre casă, Chris zicea întruna cum o să luptăm și o să învingem. Practic, el nu își amintea ce spusese specialistul despre prognostic, nici măcar după aceea. Evita de-a dreptul."

în timp ce se confrunta cu operația, Jill a trebuit să se ocupe de hotărârea mamei de a rămâne cu ea.

- Nu avea de gând să vină. Este foarte obișnuită să fie în centrul atenției și nu-i place să zboare. Dar toată lumea îi spunea: „Fiica ta intră în spital și tu nu vei fi acolo?" Ca răspuns la asta, ea trebuia să se comporte ca o mamă și să vină.

- Dacă așa ai perceput situația, ce-ai simțit în legătură cu venirea ei?

- La început de tot, am fost fericită că nu venea. N-o doream. Știam că mă folosește ca să fie o mamă bună, dar eu am avut mereu grijă de mama de când a murit tata - el m-a rugat să fac acest lucru.

- Presupun că ai avut grijă de ea de când te-ai născut.

- Da, de când m-am născut. Tata îmi spunea: „Știi, las-o în pace." Era atât de protector, mort după ea, dar o iubea într-un mod greșit. De asemenea, înțelegea foarte bine limitările ei și, pe spinarea lui, s-a străduit să o menajeze cât de mult a putut. Când m-am întors dintr-o importantă călătorie de lucru din Asia de Sud-Est, tata m-a așteptat la aeroport. Eram epuizată. Mama mea era profesoară, iar tata voia să mă ducă cu mașina la școala ei. „Ca să o saluți pe mama ta - ea așteaptă acolo cu toți elevii", a afirmat el. Am spus: „Nu, tati, nu vreau să merg. Sunt foarte obosită. Am avut o călătorie care m-a stors de toate emoțiile. Vreau doar să mergem acasă și să fiu singură." „Fă-o pentru mama ta. Știi că ea abia așteaptă asta." M-a dus acolo cu mașina, ea aștepta cu toți copiii și el m-a făcut să îmi îndes pe cap pălăria din paie de orez pe care o cumpărasem ca să îi distrez. Toată viața a fost răsfățată - și el știa că trebuia să se poarte cu ea în acel mod. Trebuia să le arate copiilor că fiica ei fusese plecată departe, iar acum se întorsese să o vadă. Am jucat acest rol pentru a-i face pe plac tatălui meu și asta se întâmpla tot timpul.

- Nu i-ai încuraja pe copiii tăi să își afirme pozițiile, să nu fie atrași să se ocupe de cineva așa? Jill, ai această boală gravă, urmează o operație importantă în curând și mama ta nu numai că vine, ci rămâne cu tine o lună întreagă.

- Mai este și foarte pretențioasă. O lună întreagă i-am asigurat toate condițiile. Știi, este adevărat, sunt foarte loială, chiar sunt foarte loială. Am grijă de ea. Am trecut prin asta și am vorbit despre asta cu prietenii mei, iar mulți mi-au spus să nu o las să vină. Mi-a trecut de multe ori prin cap că, dacă unul dintre copiii mei ar fi fost operat și dacă nu ar fi vrut să vin, aș fi acceptat. Cu toate acestea, sper că s-ar simți confortabil dacă aș veni. Cât despre mama, dacă m-aș simți vinovată că nu am îngrijit-o, ăsta ar fi un stres și mai mare pentru mine.

Jill își amintește că nu era un copil ascultător, ci că se răzvrătea. „Nu am fost un copil atât de bun în adolescență. Tatăl meu spunea că nu și-ar dori niciodată să am un copil ca mine. Am fost o pacoste pentru ei. Ca adolescentă, am fost foarte dificilă. M-am descurcat bine la universitate, dar pur și simplu nu mi-a plăcut școala. Apoi m-am căsătorit cu un om de carieră. Așa că, la urma urmei, m-am dovedit bună pentru părinții mei.

Mama lui Jill a murit anul trecut, după interviu. Fiica ei simțea că trebuie să o îngrijească și după moarte. Necrologul pe care l-a scris o elogia pe mama ei pentru faptul că venise de la mare distanță să fie cu ea și să o îngrijească după operația de cancer ovarian.

Note:

105 S.M. Levy, *op. cit.,* p. 19.

106 W. Kneier și L. Temoshok, „Repressive Coping Reactions in Patients with Malignant Melanoma as Compared to Cardiovascular Patients", *Journal of Psychosomatic Research,* voi. 28, nr. 2, 1984, pp. 145-155.

107 L. Temoshok și B. Fox, „Coping Styles and Other Psychosocial Factors Related to Medical Status and to Prognosis in Patients with Cutaneous Malignant Melanoma", în *Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer and Immunity,* B. Fox și B. Newberry (ed.), CJ. Hogrefe, New York, 1984, p. 263.

108 S.M. Levy, *op. cit.,* p. 17.

109 G.A. Kune et al., „Personality as a Risk Factor in Large Bowel Cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study“, Psychological Medicine, voi. 21, 1991, p. 29^41.

CAPITOLUL 10

Regula de 55%

Acum 14 ani, pe când avea 39 de ani, Martha a călătorit din Phoenix, Arizona, la clinica Mayo din Rochester, Minnesota, pentru a primi o a doua opinie. Gastroenterologul îi recomandase să își îndepărteze intestinul gros, fiindcă doar așa putea să țină sub control boala Chron. „Dacă au spus că am nevoie de operație, eram pregătită să accept acest lucru, dar aveam reținerile mele.“

Timp de mai mult de un deceniu și jumătate, Martha a suferit episoade de sângerate intestinală, anemie, febră, oboseală și durere abdominală. Simptomele au început la scurt timp după nașterea celui de-al treilea copil. „A fost o perioadă foarte aglomerată în viața mea, plină de confuzie. Jerry, soțul meu, era în ultimul an la stomatologie în Montana. Aveam 23 de ani și trei copii.“ Copiii erau de patru și doi ani, iar bebelușul avea doar cinci luni. Familia nu avea încă venituri, așa că Martha lucra ca dădacă sau facea oricare altă muncă pe care o putea obține. După absolvirea lui Jerry, cuplul s-a mutat în Phoenix, unde Jerry și-a înființat cabinetul stomatologic.

„Pur și simplu nu mă simțeam bine. După al treilea copil, eram foarte obosită și stoarsă emoțional. Eram complet singură în Phoenix. In primul rând, nu-mi dorisem niciodată să vin aici. Eu voiam să trăiesc în Montana. Și adevărul este că, într-o noapte, el a avut o aventură - asta mi-a pus capac. Am început să am dureri abdominale." Câteva luni mai târziu, cuplul s-a întors în Montana pentru ceremonia de absolvire a lui Jerry. „In momentul acela, am făcut hemoragie intestinală. Am fost spitalizată imediat, deoarece soacra mea lucra într-o clinică medicală si a văzut că nu eram bine. Atunci am fost *9*

diagnosticată cu boala Crohn.“

Boala Crohn este una dintre cele două forme majore de boală inflamatorie a intestinului, sau BII. Colita ulcerativă e cealaltă. Ambele sunt caracterizate

de inflamarea intestinului, dar pe modele diferite. In cazul colitei ulcerative, cea mai frecventă dintre cele două, inflamația începe în rect și se răspândește în sus. Poate fi afectat tot colonul. Inflamația este continuă, dar se limitează la mucoasă, stratul superficial care căptușește intestinul.

La boala Crohn, inflamația se extinde prin întregul perete al intestinului. Cel mai adesea ileonul, care este a treia și ultima parte a intestinului subțire, și colonul sunt afectate, dar boala Crohn poate apărea în orice parte a tractului digestiv, din esofag până la intestinul gros. Spre deosebire de colita ulcerati vă, boala Crohn sare peste unele zone ale canalului digestiv, astfel încât țesutul normal să alterneze cu segmente bolnave. BII poate fi asociat cu inflamarea articulațiilor, a ochilor și a pielii.

Simptomele BII depind de locul afectat. Diareea este comună la ambele boli, împreună cu durerea abdominală. Pacienții sunt nevoiți să defecheze de multe ori în timpul zilei sau chiar se trezesc cu incontinență. Când este afectat colonul, există scaune sângeroase sau, ca în cazul Marthei, hemoragie evidentă. In special la boala Crohn, pacienții pot suferi de febră și de pierderi în greutate. Există și alte complicații, cum ar fi fistulele create de inflamație - canale pornite din intestine spre alte organe, cum ar fi pielea sau vaginul. BII este de obicei o boală a tinerilor. Deși poate apărea la orice vârstă, cel mai frecvent debut este între 15 și 35 de ani.

Simptomele Marthei s-au stabilizat rapid în spital printr-un tratament cu cortizon. La scurt timp după externare, a sângerat din nou și a trebuit reinternată.

- Am primit o transfuzie de sânge, dar când a sosit timpul externării, am avut iar hemoragie. De data asta, am intrat în șoc. Eram la terapie intensivă. Apoi am revenit printre oameni și am încercat să regăsesc o rațiune de a trăi. Am înțeles că probabil nu voiam să mă întorc la căsătorie și acasă. Altfel, nu-mi dau seama de ce am continuat să am hemoragie de fiecare dată când era timpul să părăsesc spitalul. De ce pur și simplu nu mi-am părăsit soțul? Cred că trebuie să fi fost incredibil de tânără. Adevărul e că, atunci când am venit acasă, tocmai ce încheiase o altă aventură. Am spus: „Plec. S-a terminat." Ar fi trebuit să plec atunci, dar am rămas. Următorii trei sau patru ani am fost ca un cățeluș bolnav. Eram mereu obosită. Copilul

mai mare, care pe atunci avea vreo cinci ani, trebuia să le ajute pe celelalte două, pentru că voiam doar să dorm cea mai mare parte a timpului.

- Ce facea soțul tău în tot acest timp? Cum era relația voastră?

- Am făcut întotdeauna compromisuri pentru el. Era un om mânios, așa că eram intimidată de el. Mă intimida fizic. Nu m-a lovit niciodată, dar țipa, amenința și era foarte agresiv. Bea mult. Chiar m-a umilit cândva în fața copiilor, și nu mi-a picat bine deloc. Stătea în fața mea și țipa din toți rărunchii. Sufeream în tăcere și el era un manipulator incredibil. Totul se întorcea mereu împotriva mea. Mă făcea să fiu nesigură. Nu îmi dau seama cum putea să răsucească lucrurile ca să fie mereu vina mea.

- Ți-a sugerat cineva că ar putea exista o legătură între stres și boala ta?

- Nu. Niciun cadru medical nu a spus vreodată acest lucru. Dar la clinica Mayo au avut un chestionar interesant. Au întrebat: „S-a întâmplat ceva semnificativ/sau se întâmplă în ultimul an?“ îmi amintesc că am citit și m-am gândit: „O, Doamne, pentru prima dată cuiva chiar îi pasă ce se întâmplă în viața mea.“ A fost important pentru mine.

Medicina spune că BII este idiopatică, adică nu are o cauză cunoscută. Ereditatea joacă un rol, dar nu unul major. Aproximativ 10 până la 15% dintre pacienți au un istoric familial cu BII. Se estimează că riscul este între 2 și 10% dacă a fost diagnosticată o rudă de prim grad.— Pacienții intuiesc adesea că există o legătură între BII și problemele de viață, așa cum a făcut Martha cu hemoragia ei. De fapt, cercetările arată că „majoritatea persoanelor cu afecțiuni inflamatorii intestinale cred că stresul este un factor care contribuie major la declanșarea bolii“—. [9]

Pentru Martha, stresorul direct în anul care a precedat vizita la Mayo fusese plecarea celor două fete adolescente de acasă la universități din California. Se bazase pe ele pentru sprijin. Soțul ei continua să fie abuziv din punct de vedere emoțional și cam pe-atunci își înlocuise băutul cu jocurile de noroc. Odată ce fiicele sale au plecat, operația a devenit inevitabilă. Și-a dat seama mai târziu, prin consiliere, cât de slab dezvoltată și de dependentă fusese din punct de vedere emoțional. >

Tim, 52 de ani, suferă de colită ulcerativă și recunoaște nevoia obsesivă de a le face pe plac altora. „Petrec mult timp încercând să îi liniștesc și să îi impresionez pe alții mai degrabă decât să privesc în interior. “ El are doi frați mai mari. Niciunul nu si-a ales o carieră stabilă. Unul dintre ei s-a căsătorit *9*

abia de curând, la 50 de ani. Mama a fost criticul fraților săi, o judecată pe care Tim s-a arătat dornic să o evite. „Mă simt ca fiul perfect care s-a căsătorit, are o casă cu un gard din pari și trei copii. Poate într-un fel am încercat să îi fac pe plac mamei mele fără să știu cu adevărat acest lucru." Un studiu din 1955 al pacienților bolnavi de colită ulcerativă a constatat că mamele „pacienților îi controlau si își asumau rolul de martir'—. Nimeni nu vrea în mod conștient să *9* *9*

9

fie martir pentru copiii săi sau să îi controleze. O modalitate mai puțin critică de a identifica acest lucru ar fi să se vadă copilul ca singurul responsabil pentru suferința emoțională a mamei. *9* *9*

Tim este obsedat de detalii. „El organizează totul în cele mai mici detalii", spune soția sa, Nancy. „Mă înnebunește tot întrebându-mă: «Când îți planifici asta? Nu uita să faci asta.»“ Studiul din 1955, care a analizat peste 700 de oameni suferind de colită ulcerativă, a conchis că o mare parte dintre pacienți „aveau trăsături obsesiv-compulsive, printre care aspectul îngrijit, punctualitatea și conștiinciozitatea. Alături de aceste trăsături de caracter, se numărau și păzirea afectivității [exprimarea emoțională], supra-intelectualizarea, atitudinile rigide față de moralitate și standarde de comportament... Caracteristici similare de personalitate au fost utilizate și pentru descrierea pacienților cu boala Crohn"[11]^.

Tim spune că este foarte critic față de alții și de sine însuși - încă o trăsătură pentru care ajunge să se judece aspru. „Sunt un perfecționist, așa că nu cred că am această simpatie umană naturală. Sunt mai rece. In 15 ani, nu am lipsit niciodată de la lucru, chiar și atunci când am alergat la toaletă de 12 sau 15 ori pe zi, cu sângerări. Un angajat și-a luat ieri zi liberă - câinele lui murise cu o noapte înainte. «Ce spui - nu-i aici pentru că i-a murit câinele? A fost doar un câine. De ce nu poate veni la serviciu?» Unii dintre angajați

m-au întrebat: «Nu ai avut niciodată un câine? Chiar nu ai inimă sau ce?» Pur și simplu nu ne puteam înțelege."

Dr. Douglas Drossman este un gastroenterolog cunoscut pe plan internațional și profesor de medicină și psihiatrie la University of North Carolina din Chapel Hill. Este redactor asociat al *Gastroenterology,* revista oficială a American Gastroenterology Association. Dr. Drossman a fost principalul susținător al tratării bolilor intestinale nu doar ca exprimări ale fiziologiei perturbate, ci și ale vieților stresante. El a scris un articol pe această temă în 1998. „Pe baza rapoartelor clinice, a evaluării cercetărilor existente și a experienței clinice, cred că există cel puțin dovezi indirecte că factorii psihosociali afectează predispoziția și activitatea bolilor. Mecanismul cel mai probabil pentru ca acest lucru să se întâmple ar fi căile psihoimunologice."—

Inflamația BII este rezultatul unei activități imunitate dezordonate în intestin. Pe lângă funcțiile de digestie și absorbție, intestinele reprezintă și una dintre principalele bariere ale corpului în calea invaziei. Orice se află în intestin pur și simplu îl tranzitează și aparține încă lumii exterioare. Numai după penetrarea mucoasei intestinului, substanțele și organismele intră propriu-zis în corp. Deoarece această funcție de protecție a țesutului intestinal este esențială pentru sănătate, ea este asigurată cu generozitate de propriul sistem imunitar local, care acționează în coordonare cu sistemul general de protecție imunitară a organismului.

Inflamația este un proces ingenios solicitat de corp pentru a izola și distruge organismele ostile sau particulele nocive. Acest lucru se realizează prin umflarea țesutului și prin afluxul de celule imune și de anticorpi. Pentru a facilita funcția sa defensivă, mucoasa intestinului este într-o „stare de inflamație permanent controlată sau dirijată"[11]^. Aceasta este starea sa normală, prezentă în cazul oamenilor sănătoși.)

Puternicele forțe distructive ale aparatului imunitar trebuie reglate minuțios și păstrate într-un asemenea echilibru, încât să își îndeplinească atribuțiile de control fără să afecteze țesuturile delicate ale corpului însărcinate cu apărarea. Unele substanțe accelerează inflamarea, altele o inhibă. Dacă echilibrul este tulburat, poate apărea o boală. O capacitate diminuată a intestinelor de a elibera o reacție inflamatoare atrage infecții care ne pun

viața în pericol. Pe de altă parte, incapacitatea de a descuraja inflamarea expune țesutul intestinal la autovătămare.

Anomalia centrală în bolile inflamatorii intestinale pare a fi doar un dezechilibru a ceea ce anumite articole numesc moleculele „pro-inflamatorii și anti-inflamatorii“ din mucoasa intestinului. Influentele emoționale care acționează prin căile nervoase și imune ale super-sistemului PNI sunt un factor decisiv în favoarea inflamației. După cum au subliniat cercetătorii canadieni: „Multe, dacă nu toate, aspectele fiziologiei intestinelor pot fi reglate de factori neuroimunitari.

Sistemul nervos este profund influențat de emoții. La rândul său, sistemul nervos este implicat în reglarea reacțiilor imunitate și a inflamațiilor. Neuropeptidele, moleculele de proteine secretate de celulele nervoase, servesc la accelerarea inflamației sau la inhibarea acesteia. Astfel de molecule se găsesc în concentrații mari în intestine, în zonele cele mai vulnerabile la BII. Ele sunt implicate atât în reglarea inflamației locale, cât și în reacția la stres a organismului. De exemplu, neuropeptidele denumite *substanța P* sunt un puternic stimulent al inflamației, deoarece provoacă anumite celule imune să elibereze substanțe chimice inflamatorii, cum ar fi histamina și prostaglandina, printre multe altele. In intestin, celulele imune sunt strâns legate de celulele nervoase. Tiparele emoționale stresante cronic ar putea provoca boli inflamatorii în intestin prin intermediul sistemului PNI și prin activarea moleculelor pro-inflamatorii din cauza stresului.

Intestinele sau tranzitul intestinal sunt mult mai mult decât un organ pentru digestie. Există un aparat senzorial cu un sistem nervos propriu strâns legat de centrii emoționali ai creierului. Toată lumea înțelege intuitiv semnificația sintagmei „strângerea stomacului" ca o descriere a evenimentelor emoționale supărătoare. Mulți dintre noi își amintesc că s-au confruntat cu durerea de burtă a copilului neliniștit. Senzațiile de la nivelul stomacului, plăcute sau neplăcute, fac parte din reacția normală a corpului la lume - ne ajută să interpretăm ce se întâmplă în jurul nostru și ne informează dacă suntem în siguranță sau în pericol. Greața și durerea sau o senzație caldă, liniștitoare în burtă ne orientează spre semnificația evenimentelor.

Intestinele își secretă neurotransmitătorii si sunt influențate de sistemul hormonal general al organismului. De asemenea, intestinele constituie o

parte importantă a barierei organismului împotriva substanțelor nocive și joacă un rol major în apărarea imunitară. Funcționarea sa nu poate fi separată de procesarea psihică care în fiecare moment o calibrează și reacționează la stimulii din mediu.

Capacitatea țesutului intestinal de a-și menține integritatea este puternic influențată de factorii psihologici, iar rezistența acestuia la inflamație și chiar la schimbarea malignă este, de asemenea, vulnerabilă la stresul emoțional. O specie de platirin, tamarinul cu cap de bumbac, suferă de colită ulcerativă și cancer la colon atunci când este capturat și băgat în cuști.[112] Un studiu italian din 1999 a arătat că, în cazul colitei ulcerative: „stresul perceput pe termen lung crește riscul agravării pe o perioadă de câteva luni până la câțiva ani."—

In 1997, dr. Noel Hershfield, gastroenterologul din Calgary a cărui scrisoare de actualitate trimisă redactorului mi-a stârnit interesul fată de psihoneuroimunologie în urmă cu câțiva ani, a publicat un articol în *Canadian Journal of Gastroenterology.* El a subliniat faptul că în studiile clinice ale medicamentelor pentru bolile inflamatorii intestinale au existat cazuri de replică placebo în proporție de 60% și că în altele, comparând narcoticele cu medicamentele placebo pentru controlul durerii, numărul pacienților care au obținut efectul placebo a fost constant la 55% dintre reacții. Probabilitatea de 55% s-a văzut și în studiile cu medicamente antidepresive. A fost numită „regula de 55%".

Majoritatea oamenilor cred că placebo este o simplă chestiune de imaginație, un caz de „triumf al minții asupra materiei". Cu toate că este indus de gânduri sau emoții, efectul placebo este în întregime fiziologic. Activarea proceselor neurologice și chimice în corp servește la reducerea simptomelor sau la accelerarea vindecării. Dr. Hershfield sugerează că ar fi util să se studieze ce este diferit la oamenii care recurg la placebo. „Ce fel de oamenii sunt? In ce fel de mediu trăiesc? Există ceva din experiența lor anterioară care să le producă reacția? Ce fel de vieți duc? Sunt mulțumiți de existenta lor, de educația, căsătoriile și de relațiile lor cu societatea?" Acestea sunt întrebări pe care puțini medici le pun vreodată pacienților, fie celor care se însănătoșesc sau celor care se află într-o stare proastă. Atunci când se pun astfel de întrebări, răspunsurile sunt uniform revelatoare.

Articolul doctorului Hershfield se încheie cu o sugestie logică, deși poate părea radicală în climatul medical actual: „Poate că ar trebui să includem în instruirea colegilor și a confraților noștri aspectele psihosociale ale bolii, psiho-dinamica recuperării și biochimia vindecării, și să îi învățăm că toate bolile omenirii nu pot fi rezolvate cu încă o endoscopie, o altă biopsie și o altă procedură «high tech» care doar confirmă ceva, dar nu vindecă.

Un prieten de-ai mei, Tibor, a suferit un episod de colită ulcerativă - primul și singurul episod semnificativ pe care l-a avut - într-o perioadă în care se confrunta cu „un sentiment exasperant de neliniște, deznădejde și teamă“. La 20 și un pic de ani, la scurt timp după moartea tatălui său, s-a confruntat pe neașteptate cu responsabilitatea de a-și susține mama și de a-și îngriji sora mai mică. Mama sa, care se afla într-o stare precară de sănătate, fusese concediată și părea să aibă șanse mici de a găsi un alt loc de muncă. „Nu știam cum aș putea avea vreodată o viață proprie", își amintește Tibor. A fost dus în grabă la spital cu febră mare și sângerate din colon.

„Mi-au dat steroizi. Am fost în spital trei săptămâni, dar imediat ce am început tratamentul, m-am simțit mai bine și mă bucuram de prezența asistentelor din jurul meu. Asta era înainte de disponibilizările din spitale, când asistentele medicale aveau timp pentru pacienți. Medicii au făcut tot felul de previziuni îngrozitoare cu privire la ce se poate întâmpla pe termen lung -boală, cancer, lucruri de felul ăsta. Am spus: «Ei bine, nu o să las mi se întâmple acest lucru.» Am citit multe despre subiect și am văzut că existau păreri potrivit cărora colita ulcerativă e indusă psihic și legată de stres. Am primit o carte despre tehnici de relaxare. Să stau întins pe jos și să urmez instrucțiunile - știi tu, relaxați-vă degetele picioarelor, relaxați-vă picioarele și relaxați-vă întregul corp.

Nu am luat medicamente mult timp, doar în spital. Mi-au spus să urmez o dietă. M-am gândit că n-am de gând să îmi trăiesc viața așa. Indiferent ce ar fi însemnat, am hotărât să preiau controlul asupra acestei situații. Nu trebuia să las problemele din afară să ajungă la mine și am făcut conștient tot ce am putut ca să minimalizez stresul în viața mea. In cei 30 de ani de atunci, am avut norocul să nu am decât mici episoade ocazionale de diaree sau sângerate. Niciunul nu a presupus medicamente sau asistență medicală."

Asta nu înseamnă că soluția pentru BII este să ne întindem pe spate și să ne relaxăm degetele picioarelor. Dar, din experiența prietenului meu, alegerea sa imediată de a prelua controlul a fost remarcabilă. După cum sugerează dr. Hershfield, nu cea mai recentă tehnologie sau medicamentul-minune, ci încurajarea capacității pacientului de vindecare poate oferi răspunsul final la boala inflamatorie a intestinului - regula de 55%.

Note:

110 M. Champion et al., *Optimal Management ofIBD: Role of the Primary Care Physician,* The Medicine Group, Toronto, 2001.

111 G. Moser et al., „Inflammatory Bowel Disease: Patients' Beliefs about the Etiology of Their Disease - A Controlled Study“, *Psychosomatic Medicine,* voi. 55, 1993, p. 131, citat în R. Maunder, „Mediators of Stress Effects in Inflammatory Bowel Disease: Not the Usual Suspects“, *Journal of Psychosomatic Research,* voi. 48, 2000, pp. 569-577.

112 G.L. Engel, parafrazat în G.E Solomon et al., „Immunity, Emotions, and Stress", *Annals of Clinical Research,* voi. 6, 1974, pp. 313-322.

113 G.L. Engel, „Studies of Ulcerative Colitis III: The Nature of the Psychological Process", *American Journal of Medicine,* voi. 19, 1955, p. 31, citat în A. Watkins, *Mind-Body Medicine: A Cliniciaris Guide to Psychoneuroimmunology,* Churchill Livingstone, New York, 1997, p. 140.

114 D.A. Drossman, „Presidential Address: Gastrointestinal Illness and the Biopsychosocial Model", *Psychosomatic Medicine,* voi. 60, 1998, pp. 258-267.

115 S.R. Targan, „Biology of Inflammation in Crohn's Disease: Mechanisms of Action of Anti-TNF-Alpha Therapy", *Canadian Journal of Gastroenterology: Update on Liver and Inflammatory Bowel Disease,* voi. 14, supliment C, septembrie 2000.

116 H. Anisman et al., *op. cit.,* p. 872.

117 D.A. Drossman, *op. cit.,* p. 265.

118 S. Levenstein et al., „Stress and Exacerbation in Ulcerative Colitis: A Prospective Study of Patients Enrolled in Remission", *American Journal of Gastroenterology,* voi. 95, nr. 5, pp. 1213-1220.

119 N. Hershfield, „Hans Selye, Inflammatory Bowel Disease and the Placebo Response", *Canadian Journal of Gastroenterology,* voi. 11, nr. 7, octombrie 1997, pp. 623-624.

CAPITOLUL 11

Totul e în mintea ei

Furia Patriciei pare că s-a deșteptat recent. „Sunt furioasă pe medici. Am fost tratată de sus. Am fost umilită. Mi s-a spus în față că mă prefac. Mi s-a spus că trebuie să încetez să mai caut alte opinii medicale. Mi s-a spus că nu simt durerea. “

Vezica biliară a vânzătoarei a fost îndepărtată în 1991, când avea 28 de ani, dar ea continua să aibă dureri abdominale. „Am avut *atacuri fantomă* de vezică biliară. Am avut mai multe atacuri decât ați tras voi aer în piept. Se întețeau și apoi vomitam, și atunci mă simțeam mai bine pentru puțin timp. Mergeam la urgență. Ei mă ignorau sau spuneau: «Nu aveți vezică biliară, așa că nu puteți avea aceste simptome.» Apoi am început să fiu sensibilă la anumite alimente și să am diaree mai des.“

După multe controale medicale și analize, Patricia a fost diagnosticată cu sindromul intestinului iritabil (Sil). Terminologia medicală numește Sil o tulburare *funcțională. Funcțional* se referă la o afecțiune în care simptomele nu sunt explicabile prin anomalii anatomice, patologice, biochimice sau prin infecție. Medicii sunt obișnuiți să își dea ochii peste cap atunci când se confruntă cu un pacient care are simptome funcționale, deoarece *funcțional* este codul medical pentru „totul e în mintea lor“. Există un adevăr în acest lucru. Experiența pacientei este, parțial, în mintea ei - dar, după cum vom vedea, nu în sensul peiorativ și disprețuitor pe care îl insinuează expresia „totul e în mintea lor“.

Istoricul medical al Fionei și experiența sa la terapia de urgență sunt asemănătoare cu ale Patriciei. In 1989, la douăzeci și ceva de ani, a trecut și ea prin operația de vezică biliară, care însă nu i-a îndepărtat durerea abdominală.

> - De atunci am aceste dureri. Este doar un spasm ascuțit, care te dă peste cap, o durere pentru care au făcut fiecare analiză recomandată

din manual și nu au găsit nimic. Așa că au pus ca diagnostic acest SIL Nu există probleme cu diareea sau constipația, doar durere. Durerea este mai sus.

- Nu este Sil, strict vorbind, remarc eu.

- Asta am spus tot timpul. Diagnosticul a fost refăcut când i-au zis colon iritabil, iar apoi a fost numit SIL A fost diagnosticat de un medic din Toronto. Am făcut endoscopii la stomac, raze X cu bariu, și mi-au dat toate medicamentele posibile. Au încercat pentru asta trei sau patru medicații diferite. Pastilele nu si-au făcut niciodată efectul în cazul meu.

9

Au trecut luni întregi fără să am deloc atacuri, dar sunt zile în care le am. Uneori durează două minute, alteori sunt istovitoare și durează cu orele. Sunt dureri ascuțite, absolute, dureri ca spasmele. îmi taie respirația - cu adevărat intens. Zilele astea sunt destul de rele. Uneori am un atac care durează o oră, dar parcă ține un an. Când eram în Toronto, nu știau ce era în neregulă cu mine. M-au spitalizat și m-au conectat la perfuzie cu Demerol, ca de fiecare dată când aveam un atac, să îmi pot administra singură. Unele asistente medicale mi-au spus că eram acolo doar ca să mi se dea atenție și astfel să primesc mai multe narcotice - că eram dependentă de ele. Răspunsul meu a fost: „Atunci nu-mi mai dați. Tot ce fac ele e să mă adoarmă - este singurul mod în care mă ajută să scap de durere/ Urăsc chestiile astea.

Deși durerea abdominală este o caracteristică proeminentă a sindromului de colon iritabil, prin definiția actuală a bolii, durerea în sine nu este suficientă pentru diagnosticare. Se consideră că o persoană are Sil dacă, în absența altor patologii, suferă de dureri abdominale, împreună cu tulburări ale funcției intestinale, cum ar fi diareea sau constipația.— Simptomele variază de la o persoană la alta sau chiar la aceeași persoană de la un episod la altul. Tulburările intestinale ale Patriciei, de exemplu, nu urmează niciun tipar. „Oscilează între constipație și diaree. Nu există cale de mijloc. Pot trece zile fără să merg la baie, iar când merg, e diaree. Câteodată e de câteva ori pe zi

și alteori pot sta în baie timp de trei ore odată. Singurul lucru consecvent este că nu există consecvență. Uneori este exploziv, alteori nu.“

Deși nu sunt esențiale pentru diagnosticare, există alte simptome observate în mod obișnuit. Nu este ceva neobișnuit pentru pacienții Sil să descrie scaunul ca fiind alcătuit din bucăți mari, sau mic și sfarâmicios sau, pe de altă

parte, împrăștiat și apos. Poate că trebuie să depună efort și simt că nu și-au golit complet intestinele. Ei descriu frecvent că au mucus în scaun. O senzație de balonare sau distensie abdominală este, de asemenea, comună. Se pare că sindromul intestinului iritabil afectează până la 17% din populația lumii industrializate și este cauza cea mai frecventă pentru care pacienții sunt trimiși la gastroenterologi. In mod interesant, majoritatea persoanelor care prezintă simptome care le-ar califica pentru acest diagnostic nu consultă medicii.

Contaminarea cadrelor medicale cu o anumită nesiguranță complică viața pacienților precum Patricia și Fiona. Ne așteptăm ca oamenii să ne prezinte boli care se încadrează perfect în categoriile de simptome și să prezinte constatări patologice fără echivoc. După cum arată și gastroenterologul Douglas Drossman: „Acum 40 de ani, Renee Fox, un sociolog medical, a menționat că una dintre cele mai dificile tranziții pentru studenții la medicină este acceptarea incertitudinii, care este intrinsecă practicii medicale. Dar modelul biomedical creează incertitudine și în cazul afecțiunilor obișnuite, care nu sunt explicate de boala subiacentă."— Această incertitudine rezultă din neîncrederea înnăscută în povestea pacientului atunci când nu putem să o corelăm cu datele concrete obținute prin tehnicile de examinare fizică sau scanările, razele X, analizele de sânge, monitoarele, biopsiile sau dispozitivele de electrodiagnosticare. In astfel de cazuri, pacientul constată că simptomele sale au fost respinse de medici. Mai rău, poate fi acuzat că este în căutarea de droguri, că este nevrotic, manipulator, că „vrea doar atenție". Pacienții cu Sil, precum și persoanele cu sindrom de oboseală cronică și fibromialgie se află adesea în această situație.

Magda, ea însăși medic, știa că nu trebuie să meargă în unitățile de urgență cu dureri abdominale groaznice. Și ea a fost diagnosticată cu sindrom de

intestin iritabil. „In cea mai mare parte, am avut dureri și distensie. Nimeni nu a putut găsi nimic în neregulă, așa că am numit-o SIL Am făcut o colonoscopie și tot ce trebuia. Nu mai era nimic de găsit. Cred că ai putea să-1 numești diagnostic de excludere. Abia dacă era câte o zi în care să nu am dureri de burtă. Uneori, mă culcam pe podeaua biroului meu, cu perne termice, întrebându-mă cum voi trece și peste după-amiaza asta și cum voi conduce până acasă. Era o durere extrem de mare și frecventă. Am avut dureri abdominale 80-90% din timp. Nu a existat o zi în care, până la mijlocul după-amiezii, să nu am dureri abdominale - de ani întregi! Sunt sigură că aș fi ajuns la urgență de multe ori cu gravitatea durerilor mele - doar că stau departe de locuri dintr-astea, pentru că știu ce se întâmplă acolo. Nu credeam că mi se va întâmpla ceva folositor. Nu m-am dus, dar nu din cauza lipsei de gravitate."

Dacă nu punem la socoteală imaginația pacientului, durerea de Sil - și, în general, durerea abdominală nediagnosticată - a fost văzută până de curând exclusiv rezultatul contracțiilor necoordonate ale intestinelor. De aici și expresii precum *colon iritat.* Acum s-a confirmat că disfuncțiile acestor tulburări nu se află doar în intestine. O problemă-cheie este modul în care sistemul nervos simte, evaluează și interpretează durerea.

Mai multe observații au condus la această nouă înțelegere a problemelor abdominale. Un interes deosebit îl prezintă noile descoperiri în studiile electrice și de scanare a creierului. Când părți ale intestinului sunt umflate artificial, modelul de răspuns în creierul pacienților cu dureri abdominale variază din punct de vedere caracteristic de activitatea creierului subiecților care nu acuză dureri.— Durerea de la distensia colonului sau a altor părți ale intestinului poate fi studiată și prin introducerea unui endoscop în intestine și apoi prin umflarea unui balon atașat la cameră. In astfel de studii, grupurile de pacienți funcționali prezintă în mod repetat o hipersensibilitate la distensie. Ei raportează că durerea la această procedură este similară cu durerea pe care o resimt de obicei. Un studiu a comparat efectele dilatării balonului la suferinzi de Sil și la subiecții de control. „Dilatarea balonului până la 60 ml a cauzat durere la 6% dintre subiecții de control și 55% dintre pacienții cu Sil. Tensiunea estimată a peretelui intestinal la volume diferite a fost similară la cele două grupuri. *Cu toate*

acestea, incidența durerii în raport cu tensiunea peretelui a crescut de aproape zece ori la grupul cu SIL"^

Au fost făcute observații paralele în alte locuri din tractul digestiv, din esofag până în intestinul subțire. Se pare că, în ceea ce privește durerea abdominală funcțională, mesajele fiziologice din intestin sunt transmise de sistemul nervos și sunt receptate de creier modificat. „Există un nou domeniu de investigație pentru pacienții cu aceste tulburări", scrie dr. Drossman. „După decenii de studiu asupra modului în care pacienții cu Sil se disting de cei normali în ce privește fiziologia gastrointestinală, începem să vedem diferențele din fiziologia creierului."

Un tip de scanare cunoscut sub numele de tomografie cu emisie de pozitroni, sau PET, măsoară activitatea zonelor cerebrale prin înregistrarea variațiilor din fluxul sangvin. Când subiecții studiați au o distensie în rect, o explorare PET indică partea din creier care înregistrează un răspuns. In cazul distensiei rectale sau chiar la anticiparea distensiei rectale, cortexul prefrontal, o zonă neactivată la pacienții obișnuiți, li s-a activat pacienților cu SIL—

Cortexul prefrontal este locul în care creierul stochează amintiri emoționale. El interpretează stimulii prezenți, fizici sau psihici, în lumina experiențelor anterioare, care pot să dateze chiar din copilărie. Activarea în această parte a creierului înseamnă că apare un eveniment de importanță emoțională. La persoanele care trec prin stres cronic, cortexul prefrontal și structurile aferente rămân într-o stare de hipervigilență, mereu în căutarea pericolului. Activarea prefrontală nu este o alegere conștientă a individului; mai degrabă, este rezultatul declanșării automate a căilor nervoase programate cu mult timp în urmă.

In cadrul altei investigații, amplitudinile electrice ale undelor cerebrale provocate de stimuli sonori au fost mai mari la pacienții cu Sil decât în grupul de control, indicând din nou o hipervigilență fiziologică.^ Ce se întâmplă cu aceste reacții modificate ale sistemului nervos? Răspunsul apare atunci când analizăm nu doar organele oamenilor, ci și viețile lor. Există o frecvență ridicată a abuzului în istoricul pacienților cu tulburări intestinale, mai ales în cazul acelor pacienți cu Sil sau cu alte tulburări funcționale.

Intr-un studiu din 1990 pe paciente, realizat la clinica de gastroenterologie a North Carolina School of Medicine, 44% dintre femei au raportat un anumit tip de abuz sexual și/sau fizic. „Cele cu antecedente de abuz au avut un risc de patru ori mai mare de durere pelviană, două până la de trei ori mai multe simptome care nu erau înregistrate la nivelul abdomenului (dureri de cap, de spate, oboseală), precum și mai multe intervenții chirurgicale de-a lungul vieții."— Intr-o anchetă mai recentă în același centru, două treimi dintre femeile intervievate au fost victime ale abuzului de natură fizică sau sexuală sau ale ambelor. Din nou, pacientele abuzate erau mai predispuse să suporte diverse operații, cum ar fi operațiile de vezica biliară, histerectomii și laparotomii. De asemenea, au avut „mai multe simptome somatice dureroase non-gastrointestinale, zile de repaus la pat, stres psihic și dizabilități funcționale, comparativ cu cele fără abuzuri sexuale.

Este evident că traumele fizice directe - o contuzie cerebrală gravă sau tăierea ori strivirea unui nerv - ar putea din punct de vedere fiziologic să distrugă sistemul nervos. Dar cum își exercită efectul trauma psihică asupra percepției durerii? Sistemul nervos al intestinului conține aproximativ o sută de milioane de celule nervoase - avem atât de multe în intestinul subțire câte sunt în toată coloana vertebrală!— Acești nervi fac mai mult decât să coordoneze digestia și absorbția alimentelor și eliminarea resturilor - de asemenea, ei constituie o parte din aparatul nostru senzorial. Intestinele reacționează la stimulii emoționali prin contracții musculare, modificări ale circulației sangvine și secreția unei multitudini de substanțe active biologic. O astfel de coordonare creier-intestine este esențială pentru supraviețuire. De exemplu, este posibil să fie necesar ca volume mari de sânge să fie deviate de la intestine la inimă și la mușchii membrelor în orice moment. [9]

La rândul lor, intestinele sunt alimentate din plin cu nervii senzoriali care transportă informații la creier. Exact contrariul a ceea ce se credea până de curând, fibrele nervoase care urcă de la intestine la creier sunt mult mai numeroase decât cele care coboară din creier spre intestine.[1^2]

Creierul retransmite intestinelor datele de la organe senzoriale precum ochii, pielea sau urechile - sau mai corect, intestinelor le este retransmisă *interpretarea* acestor date de către centrii emoționali ai creierului. Evenimentele fiziologice care rezultă din intestin consolidează apoi acea

interpretare emoțională. Semnalele trimise înapoi la creier dau naștere instinctelor pe care le percepem în mod conștient. Dacă pierdem contactul cu instinctele, lumea devine mai puțin sigură.

Evident, viața nu ar mai fi viață dacă am simți fiecare micro-eveniment din corpurile noastre. Digestia, respirația, fluxul sangvin către organe sau membre și nenumărate alte funcții trebuie să aibă loc fără a-și impune prezența în conștiință. Trebuie să existe un prag sub care creierul să nu înregistreze senzația, sub care stimulii să fie acceptați ca nesesizabili, dar peste care creierul să fie alertat cu privire la un posibil pericol din interior sau din exterior. Cu alte cuvinte, trebuie să existe un termostat bine calibrat pentru durere și alte senzații.

Atunci când există prea multe experiențe de „strângere la stomac“, aparatul neurologic devine suprasensibil. Astfel, în măduva spinării, conducerea durerii din intestin către creier este calibrată ca urmare a traumatismelor psihice. Nervii implicați sunt dezactivați de stimulii mai slabi. Cu cât este mai mare traumatismul, cu atât mai mic devine pragul senzorial. O cantitate normală de gaze în lumenul intestinal și un nivel normal de tensiune în peretele intestinal declanșează durere în persoana sensibilizată. In același timp, zonele prefrontale ale cortexului sunt într-o stare de vigilență sporită, răspunzând cu suferință la procese fiziologice normale. Pe lângă durerea crescută, pacienții cu Sil raportează niveluri mai ridicate de anxietate, de excitație și de oboseală în timpul distensiei rectale decât oamenii sănătoși. In timpul stresului emoțional, activitatea zonelor corticale amplifică percepția suferinței.

Dr. Lin Chang este profesor universitar la UCLA Medical School și codirector al UCLA/CURE Neurenteric Disease Program. El a rezumat înțelegerea actuală a sindromului de intestin iritabil în acest fel: „Atât factorii de stres externi, cât și cei interni contribuie la dezvoltarea SIL Printre stresorii externi se numără și abuzul în copilărie și alți factori de stres patologic care alterează capacitatea de răspuns la stres și fac ca o persoană predispusă să fie mai vulnerabilă în a dezvolta SIL Mai târziu în viață, infecțiile, operațiile chirurgicale, antibioticele și stresorii psihosociali pot să contribuie la instalarea și agravarea SII/[1]^

Stresul poate cu siguranță să inducă anumite contracții ale intestinelor. Femeile care au fost abuzate sexual sunt predispuse la constipație atunci când mușchii de pe planșeul pelvian sunt încordați cronic, incapabili să se relaxeze la defecare. In schimb, la persoane care au fost îngrozitor de speriate, stresul poate declanșa mișcări incontrolabile în colon. Acest lucru a fost ilustrat clar de un 9 9

tânăr viitor medic care a devenit cobai involuntar într-un experiment: „Investigatorii au pus la cale o farsă elaborată, sugerându-i unui student la medicină din anul IV care trecea voluntar printr-o examinare sigmoidoscopică faptul că văzuseră apariția unui cancer. Acest lucru a dus la creșterea nivelului de contractilitate sau de *spasm* al intestinului, care a persistat până când i s-a explicat farsa. Acest tip de studii au confirmat faptul că stresul afectează funcția colonului în cazul pacienților obișnuiți.“^

Ceea ce s-a descoperit despre Sil se aplică și altor boli intestinale. Patricia, pe lângă boala ei de Sil, suferă de arsuri la stomac care sfidează orice explicație medicală. Ea vorbește despre asta cu amărăciune: această misterioasă

problemă gastrointestinală care nu a fost niciodată diagnosticată. Am reflux gastric chiar și când mănânc lucruri complet fade. A trebuit să elimin orice aliment cu gust din dieta mea. Am făcut tot timpul analize și ei tot îmi spun că sunt bine... sau, ar trebui să spun, un test a arătat o mică fărâmă de supărare, dar ei îmi spuneau că nu avea legătură deloc cu ce simțeam. Iți bagă chestia aia pe nas și în jos pe esofag și măsoară cantitatea de acid. A fost, au spus ei, un pic de acid, dar nu suficient cât să cauzeze gradul de durere pe care îl simt. Iau Pantoloc de aproximativ trei sau patru ani. Se presupune că elimină complet acidul și trebuia să-1 iau doar șase săptămâni. Iau și Diovol sau Gaviscon în fiecare zi. încă mai am simptome de acid, dar ei nu găsesc nimic în neregulă.“

Denumirea medicală pentru experiența cronică dureroasă a acidului din stomac care urcă în esofag este boala de reflux gastroesofagian (BRGE). Cercetători din 1992 au analizat relația dintre simptomele de reflux și stres la subiecții diagnosticați cu BRGE. Pe când percepția refluxului asociat arsurilor stomacale a crescut considerabil în timpul stimulilor de stres,

măsurătorile obiective ale nivelurilor de stres au rămas neschimbate de la un stimul la altul. Cu alte cuvinte, stresul a coborât pragul de durere.[1]^

Un gastroenterolog nefamiliarizat cu neurofiziologia sau cu psihologia durerii care examinează esofagul inferior al Patriciei printr-un endoscop îi spune că refluxul de acid pe care l-a observat nu este suficient să explice nivelul durerii sale. Iar Patricia, în egală măsură de bună-credință, se revoltă din cauza a ceea ce ea a perceput drept respingere dură a unui simptom care este o sursă de disconfort intens zilnic.

Asta nu înseamnă că persoanele cu BRGE nu simt refluxul mai frecvent decât alții. Probabil că o fac și, încă o dată, e o problemă creier-intestine. Investigatorii care compară controalele de sănătate la pacienții cu reflux au constatat că presiunea de repaus a sfincterului esofagian a fost mai frecvent scăzută la subiecții cu BRGE. Eficiența redusă a mușchilor sfincterului a permis mai multe episoade de reflux.[122] Cum pot contribui mintea și creierul la reflux? Se întâmplă prin intermediul nervului vag, care este responsabil de tonusul mușchilor sfincterului esofagian inferior. La rândul său, activitatea nervului vag este influențată de hipotalamus. După cum am văzut, hipotalamusul primește informații de la centrii emoționali din cortex, care sunt sensibili la stres. Astfel, în BRGE, un prag de durere mai mic este combinat cu relaxarea excesivă a sfincterului - ambele fenomene pot fi legate de stres.

Cele trei femei intervievate pentru acest capitol au descris experiențe similare de durere, deși doar Patricia și constelația ei de simptome îndeplineau criteriile de diagnosticare complete pentru SIL Spre deosebire de majoritatea pacientelor din Carolina de Nord, niciuna dintre aceste femei nu a suferit abuzuri sexuale sau fizice, nici în copilărie, nici la maturitate. Cum putem explica, atunci, pragurile lor scăzute de durere?

Calibrarea descendentă a „termostatului“ de durere a sistemului nervos nu necesită abuz; stresul emoțional cronic este suficient pentru a coborî pragul de durere și pentru a stârni hipervigilența în creier. Dacă abuzul este o sursă majoră de stres, există alți posibili factori de stres la copilul în creștere mai subtili, mai puțin vizibili, dar la fel de dăunători. Astfel de probleme apar în multe familii, cu părinți care își iubesc copiii și sunt îngroziți la gândul că

le-ar putea face rău. Experiențele care afectează fiziologia percepției durerii și a funcționării intestinelor pot avea loc la copiii care nu au fost abuzați în niciun fel și care chiar s-au simțit iubiți și protejați.

Stresorii direcți pentru durerile abdominale grave ale Magdei au fost legați de locul ei de muncă. La momentul respectiv, lucra într-un spital din New York. Directorul laboratorului ei demisionase recent, iar Magda nu era în relații bune cu înlocuitorul său. „Noua șefa a avut ceva cu mine de la început. Privind în urmă, cred că ea căuta modalități de a scăpa de mine din ziua în care a venit. Era o situație extrem de neplăcută, tensionată, nefericită, în care îmi iubeam munca, dar uram mediul în care lucram. Am muncit incredibil de mult. Eram acolo la ora 7:00. De obicei, plecam la 16:00, în principiu, dacă nu era vreun fel de ședință, ceea se întâmpla destul de des. Niciodată nu m-am oprit la prânz. Niciodată n-am luat o pauză. Mi-am luat de lucru acasă; în weekenduri lucram. Nu le-am adunat niciodată, dar multe ore non-stop, cu presiuni extraordinare, și politică murdară, și o teamă îngrozitoare - nu existau locuri de muncă la care să mă duc în domeniul meu, care era o specialitate pe cale de dispariție. Nu am vrut niciodată să practic medicina generală și nu am vrut să mă întorc la alt stagiu de specializare. Chiar și cu toată durerea, am apărut luni dimineața la ora 7:00 și nu m-am lăsat niciodată - niciodată. Nu m-am îmbolnăvit niciodată. Nu aveam de gând să le dau niciun motiv să scape de mine. Nu aveau să găsească nimic greșit. Nu știam ce voi face cu viața mea. Am vrut cu disperare să plec, dar nu știam ce să fac."

Magda s-a născut într-o tabără de refugiați din Europa de Est după război. Ca fiică a unor supraviețuitori ai Holocaustului din Polonia, ea a devenit traumatizată în plan secundar de experiența lor. A dus mereu povara vinei și responsabilității suferințelor părinților săi și a dificultăților cu care aceștia au continuat să se confrunte. Alegerea de a intra în domeniul medical nu a venit din propriile înclinații. Era motivată de percepția ei asupra nevoilor și așteptărilor părinților și de preocuparea ei de a le reduce neliniștea pentru siguranța ei viitoare.

- Dacă analizezi aptitudinile mele naturale, sunt foarte bună la limbi străine și mă pricep să explic lucrurile. N-aș fi mers niciodată la medicină dacă aș fi fost liberă să aleg. De fapt, nu-mi plăceau multe la medicină, dar a trebuit

să neg asta față de mine însămi. Am detestat o mare parte din materia de la cursuri. Am fost la un milimetru să pic la anatomie. Era un coșmar absolut. Nu puteam să calculez. Nu știam fizică. Nu am minte pentru asta. Nu am fost niciodată bună la activitatea clinică. Nu știu dacă am auzit vreodată un

9

suflu diastolic în viața mea! Nu am acest tip de competență. Nu cred că am simțit vreodată o splină - m-am prefăcut. Nu erau lucruri la care să fiu bună sau pe care să fiu tentată să le fac. Am crezut că îmi doream să fiu medic. Părinții mei nu mi-au spus niciodată că trebuie să fac asta sau că nu ar trebui să fac altceva. Doar au menționat de suficient de multe ori că e bine să putem ajuta alți oameni și cât de mult au avut nevoie de doctori chiar și naziștii.

- Da, am auzit și eu asta. Și siguranța pe care o ai având cunoștințele tale.

- Așa este, și nimeni nu îți poate lua asta. Indiferent de vremuri, indiferent ce se întâmplă, doctorii sunt întotdeauna necesari. Poți să fii șeful tău și este minunat. Părinții mei mi-au spălat creierul de la o vârstă foarte mică. Așadar, am devenit cercetătoare în laborator și nu eram un medic „obișnuit", așa cum își imaginau ei. Mama nu a înțeles niciodată cu adevărat ce făceam și nici nu a fost mulțumită cu adevărat. Ce fac eu este o activitate de mâna a doua. Nu pun stetoscopul pe pacient, nu scriu rețete și nu fac lucrurile pe care le fac medicii adevărați. Eu doar mă uit la probe și lamele. Nu mi-a spus asta în față, dar, într-o anumită măsură, este mereu dezamăgită.

După ce și-a dat seama că tratamentul medical convențional nu-i oferă prea multe, Magda a început psihoterapia. Reprimată din copilărie, furia profundă față de părinții ei a ieșit la suprafață.

- Mi-am scurtcircuitat experiența viscerală de furie față de tatăl meu pentru că răcnea și mă înspăimânta atât de mult când eram copil. Problema mult mai mare a fost relația cu mama. Am crezut că este minunată si că suntem cele mai

>

bune prietene - ea a fost prietena și susținătoarea mea, aliata mea și cea care m-a ascultat ore întregi când veneam acasă de la școală, cea pe care am simțit-o aproape și care înțelegea tot. A fost nevoie de multe ședințe de terapie pentru a descoperi faptul că aceasta era, de fapt, o relație de foarte proastă calitate. Cu toată protecția ei față de mine, m-a subminat. M-a lăsat să mă simt nesociabilă și introvertită, și nu m-a ajutat să mă dezvolt și să devin eu însămi. M-a făcut să fiu - cu toate intențiile bune - foarte imatură. Și alte lucruri - mi-a spus povești despre Holocaust. Altor copii li s-au spus povești cu zâne, iar mie mi sau povestit multe lucruri nepotrivite.

- Crezi că nu a fost bine să afli despre asta?

- A fost nepotrivit la vârsta de trei, patru ani, când a început să îmi spună. Și nu știu la ce vârstă era, dar nu-mi amintesc nicio perioadă în care să nu aud relatări despre cum întreaga familie aproape că a fost ucisă din cauza mea, când am trecut granița, pentru a fugi din Polonia - despre cum plângeam la toată lumea în afară de mama, cum eram grea, s-a împiedicat, a căzut și m-a scăpat în râu, și pentru a mă salva de la înec, au fost cât pe ce să fie împușcați cu toții din cauză că strigau după ajutor. Și-a dislocat umărul și de atunci nu s-a mai făcut bine. Părinții mei nu au spus niciodată că viața ar fi fost mai ușoară fără un copil. Și-au dorit un copil, m-au iubit. Și, cu toate acestea, am avut sentimentul că eu eram problema.

Dată fiind trauma pe care o înduraseră părinții ei și circumstanțele dezvoltării sale de-a lungul timpului, alegerea Magdei de a ignora propriile înclinații era aproape inevitabilă. Tot alegerea a facut-o și, într-un mod periculos, vulnerabilă la stres. Faptul că s-a considerat prinsă într-o slujbă în care se simțea respinsă de noua ei șefa de laborator a fost declanșatorul natural pentru durerile abdominale cumplite pe care le-a trăit. In această situație, nu se putea afirma mai mult decât ar fi putut să o facă atunci când era copil în casa familiei sale. Originea durerii ei, după cum și-a dat seama, era legată de reprimarea inconștientă a furiei.

Am observat că instinctele reprezintă o parte importantă a aparatului senzorial al corpului, ajutându-ne să evaluăm mediul și să apreciem dacă o situație este sigură. Ele amplifică percepțiile pe care centrii emoționali ai creierului le găsesc importante și le retransmit prin hipotalamus. Durerea

din intestin este un semnal pe care corpul îl folosește pentru a trimite mesaje pe care cu greu le putem ignora. Astfel, *durerea este și ea un mod de percepție.* Din punct de vedere fiziologic, durerea face informațiile pe care le-am blocat să ajungă la noi prin mai multe rute directe. Durerea este un mod secundar extrem de puternic de percepție care ne alertează atunci când principalele percepții sunt blocate. Ne oferă date pe care le ignorăm pe riscul nostru.

Fiona, ale cărei dureri abdominale au fost atribuite mai întâi unui „colon iritabil" și, în cele din urmă, Sil, a avut o copilărie mai puțin dramatică decât cea a Magdei. Cu toate acestea, există un ecou emoțional puternic venit din copilărie în teama ei cronică de a nu fi acceptată drept cine este.

> - Acum știu că tatăl meu este un adult care nu m-a judecat niciodată intenționat pentru nimic din ce am făcut, dar care mă tot critica și mă evalua mereu. Când aveam 17 ani, i-am spus unei prietene din Calgary că deși nu aveam încă o slujbă, simțeam că CV-ul meu nu se putea compara cu al surorii sau al fratelui meu. Cu tata e mereu ca și cum ți-ai compune un CV în loc să faci pur și simplu ce vrei tu.
>
> - Când erai copil, le-ai spus vreodată părinților tăi când te-ai simțit rău? întreb eu.
>
> - Fizic, da. Niciodată emoțional. Nu m-am priceput niciodată să vorbesc despre acest lucru. Nu știu de ce. Cred că este pur și simplu prea intim. Sunt mai bine la capitolul ăsta acum. Nu aș fi vorbit niciodată cu tine acum cinci ani.

La momentul interviului, factorii direcți de stres din viața Fionei aveau rădăcini în căsătoria sa. Era într-o relație de opt ani și aveau doi copii.

> - Soțul meu are depresie și atacuri de panică. Are momente de anxietate profundă - este așa de când l-am cunoscut. Este un tip minunat și îl iubesc mult, un om bun, dar este atât de obositor să am grijă de el. Am fost mama lui. Am trei copii - un copil de 39 de ani, un copil de 6 și unul de 2 ani.

- Acestea sunt probleme de care ești conștientă. Este posibil ca durerile pe care le ai să reflecte alte aspecte la care nu ai fost atentă? In loc să vezi durerile ca pe o problemă, poate că ele chiar sunt senzații care îți spun ceva. Când nu acorzi atenție semnalelor emoționale, corpul tău spune: „OK, iată câteva semnale fizice pentru tine.“ Dacă nici lor nu le acorzi atenție, atunci într-adevăr te afli într-o mare dificultate.

La o săptămână după acea conversație, Fiona m-a chemat înapoi. Soțul ei avea o problemă gravă cu dependența de droguri, pe care ea o ignora de mult timp. își înăbușise neliniștea și furia, dorind să se agațe de o speranță copilărească că el avea să renunțe. Ca urmare a interviului nostru, a început să își regândească situația.

Patricia, care suferea de sindromul intestinului iritabil și de reflux esofagian, a avut din punct de vedere emoțional cea mai grea copilărie dintre cele trei femei prezentate în acest capitol. Ea a crescut nu doar cu impresia că era neacceptată, ci și că fusese nedorită de la bun început. „Știu că n-am fost dorită. Nu sunt sigură când am constatat asta prima dată fie ca adolescentă, fie ca adultă. M-am gândit la lucruri pe care mama mi le spusese și mi-am dat seama că semne existau de când eram copil. Atunci nu le-am identificat. Doar știam că mă simt incomod. Mama spunea mereu: «Știi, nu cred că aparții acestei familii. Cred că ne-au dat un alt copil.» Și spunea asta cu zâmbetul pe buze. Desigur, oamenii se prefac adesea că glumesc când spun ceva serios.“

Pacienții cu intestin iritabil au mai multe șanse decât alții să prezinte simptome în altă parte a corpului. Sensibilitatea la durere - migrenele, de exemplu - este o problemă la care mulți pacienți cu Sil sunt predispuși, fapt pe care îl putem înțelege cu ușurință dacă acceptăm ideea de sensibilizare a sistemului nervos prin experiențele stresante. Percepția intensificată a durerii poate fi generalizată, așa cum ilustrează istoricul medical al Patriciei. Pe lângă reflux Sil și refluxul esofagian, Patricia suferă de alte afecțiuni, inclusiv cistita interstițială și fibromialgie.

In studiul din Carolina de Nord care a constatat că majoritatea femeilor cu Sil au fost victime ale abuzurilor, s-a aflat și că în doar 17% dintre cazurile de abuz, medicul pacientului cunoștea istoricul traumatizant. Excluderea practică a istoricelor de viață ale oamenilor din abordarea medicală îi

privează pe medici de instrumente de vindecare puternice. De asemenea, cel mai recent miracol farmaceutic îi ia pe nepregătite. Un caz în speță este exemplul supărător al unui recent „medicament-minune“ pentru sindromul intestinului iritabil.

In 24 octombrie 2000, *The Medical Post,* o publicație săptămânală citită de mulți medici canadieni, a avut un titlu entuziast: „Un nou medicament degrevează simptomele Sil la femei“. Articolul relata că un nou medicament, Alosetron, „s-a dovedit în studiile clinice că este sigur, bine tolerat și că ameliorează rapid și semnificativ durerea, făcând posibilă funcționarea intestinului la pacienții cu Sil, în special la femeile cu diaree“. O autoritate canadiană importantă a fost citată aprobând medicamentul și sperând ca altele să îi urmeze exemplul: „Medicii vor putea dispune de terapii utile pentru Sil. [...] Pacienții cu Sil au un sentiment de frustrare pentru că noi nu înțelegem cu adevărat ce provoacă simptomele. Unii dintre pacienți nu beneficiază de alinare. “ Un alt specialist, șeful departamentului de medicină al unei universități canadiene, a reiterat acea evaluare pozitivă a medicației nou apărute: „Este o realizare foarte interesantă.[...] Pentru cei de acolo nu mai există nimic altceva. Niciunul dintre celelalte medicamente nu funcționează. Asta este.“

Cu patru luni mai devreme, *The Medical Letter,* un respectat buletin săptămânal privind medicamentele, raportase deja că nu există nicio dovadă că Alosetronul oferă avantaje în comparație cu tratamentul standard. Pentru acei pacienți care au remarcat îmbunătățiri în urma medicației, beneficiile au dispărut după o săptămână de la încetarea administrării medicamentului. *The Medical Letter* a menționat si că unele femei care îl luau au dezvoltat colită >)

ischemică, o afecțiune potențial catastrofală cauzată de încetinirea alimentării cu sânge, în urma căreia țesutul intestinului este deteriorat din lipsa oxigenului. Și în Statele Unite Alosetronul a fost întâmpinat cu surle și trâmbițe. A fost aprobat de Food and Drug Administration în februarie 2000. La sfârșitul lunii noiembrie, la doar o lună de la publicarea entuziastului articol din *The Medical Post,* FDA l-a forțat pe producător să retragă medicamentul. Mai multe femei au fost spitalizate cu colită ischemică, dintre care câteva au avut nevoie de operații chirurgicale. S-a

raportat că, în cel puțin un caz, a trebuit extirpat întregul colon al pacientei. Au urmat și decese.

Dacă medicamentele sunt prescrise în cazul unei afecțiuni cronice precum Sil, de obicei trebuie să fie luate luni sau ani întregi. Este întotdeauna riscant să se dea un medicament nou, a cărui siguranță pe termen lung nu poate fi demonstrată până în momentul în care apare pentru prima dată pe rafturile farmaciei. Doctorii și pacienții nu trebuie să îndeplinească obiectivul farmacopeii atunci când impactul factorilor psihologici asupra unei boli a fost demonstrat din abundență. Există studii încurajatoare că o intervenție psihologică chiar și minimă poate fi benefică: „Intr-un studiu controlat al tratamentului cognitivo-comportamental la pacienții cu sindrom de intestin iritabil, opt ședințe de tratament de grup de două ore pe o perioadă de trei luni au dus la creșterea numărului de strategii cognitive și comportamentale eficiente si la reducerea concomitentă a cazurilor de durere abdominală. In)

plus, îmbunătățirea a continuat în cadrul unor examinări ulterioare de doi ani.“^

Magda, medicul din New York, s-a ocupat de durerile sale abdominale îngrozitoare prin rezolvarea furiei reprimate cu ajutorul psihoterapiei. Ea a intrat într-o profesie mai potrivită pentru înclinațiile și personalitatea ei. „Să am dureri 80% din timp, asta a dispărut cu mult timp în urmă. In ultimele două sau trei luni, s-au înregistrat îmbunătățiri și mai mari. Recent, am curățat frigiderul din biroul meu, unde am o sticlă de Bentilol [un tratament pentru calmarea spasmelor intestinelor]. Sincer, nu-mi amintesc când am luat ultima oară vreo doză. A fost cu multe luni în urmă.“

Fiona a hotărât să ia în serios avertismentele durerii abdominale. Și-a părăsit soțul atunci când a fost clar că acesta nu dorea să renunțe la droguri. Ea s-a mutat cu cei doi copii într-un alt oraș și a cerut divorțul. Nu mai are dureri.

Note:

120 Y. Ringel și D.A. Drossman, „Toward a Positive and Comprehensive Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome“, *Medscape*

Gastroenterology, voi. 2, nr. 6, 26 decembrie 2000.

121 D.A. Drossman, *op. cit.,* p. 259.

122 *Ibidem.*

123 E.A. Mayer și H.E. Raybould, „Role of Visceral Afferent Mechanisms in Funcțional Bowel Disorders“, *Gastroenterology,* voi. 99, decembrie 1990, pp. 1688-1704.

124 D.A. Drossman, *op. cit.,* p. 263.

125 L. Chang, „The Emoțional Brain, in Diagnosis and Management of Irritable Bowel Syndrome“, *Pulsus Group,* Oakville, 2001. Aspecte de la un simpozion ținut în timpul Canadian Digestive Diseases Week, Banff, Alberta, 26 februarie 2001.

126 J. Lesserman et al., „Sexual and Physical Abuse History in Gastroenterology Practice: How Types of Abuse Impact Health Status“, *Psychosomatic Medicine,* voi. 58, 1996, pp. 4-15.

127 *Ibidem.*

128 M.D. Gershon, *The Second Brain: The Scientific Basis of Gut Instinct,* HarperCollins, New York, 1998, p. 13.

129 E.A. Mayer și H.E. Raybould, *loc. cit.*

130 L. Chang, *loc. cit.*

131 D.A. Drossman, *op. cit.,* p. 262.

132 L.A. Bradley et al., „The Relationship between Stress and Symptoms of Gastroesophageal Reflux:The Influence of Psychological Factors“, *American Journal of Gastroenterology,* voi. 88, nr. 1, ianuarie 1993, pp. 11-18.

133 WJ. Dodds et al., „Mechanisms of Gastroesophageal Reflux in Patients with Reflux Esophagitis“, *New England Journal of Medicine,*

voi. 307, nr. 25, 16 decembrie 1982, pp. 1547-1552.

134 D.A. Drossman et al., „Effects of Coping on Health Outcome among Women with Gastrointestinal Disorders“, *Psychosomatic Medicine,* voi. 62, 2000, pp. 309-317.

CAPITOLUL 12

Moartea va începe de la cap

Alzheimer devine coșmarul generației Baby Boomerilor[1]^. Prosperitatea și asistența medicală avansată se vor asigura de faptul că grupul de indivizi care intră în prezent în vârsta de mijloc vor trăi mai mult decât orice alt grup comparabil din istorie - și vor vedea că mai mulți dintre membrii săi vor ajunge la demență. Se preconizează că numărul de canadieni vârstnici va crește cu 50% în următoarea jumătate de secol. Aproximativ 100 000 de persoane mor anual de Alzheimer în Statele Unite, unde în 1999 s-a estimat că existau 4 000 000 de persoane cu această boală. Se preconizează că această ultimă statistică va ajunge la 15 000 000 în 2050, dacă tendințele actuale continuă.

Afecțiunile care îi fac pe oameni să fie demenți - literalmente „ieșiți din minți“ - sunt mai întâlnite pe măsură ce îmbătrânim. Trei la sută dintre cei cu vârsta de 70 de ani suferă de Alzheimer sau de alte forme de demență; pe la vârsta de 77 de ani, cifra crește la 13%. Costurile financiare sunt enorme, la fel ca povara fizică și emoțională asupra îngrijitorilor. Și cum își pot imagina cei sănătoși la minte suferința trăită de cineva care asistă neputincios cum memoria, intelectul, șinele său se dizolvă într-un haos infantil? Treptat, se pierde controlul asupra exprimării emoționale, a vorbirii și a funcțiilor fizice, până când, dacă boala își desfășoară cursul natural, urmează imobilitatea și moartea.

„Este cel mai rău lucru care i se poate întâmpla unui om care gândește", a spus o persoană cu Alzheimer.

„Simți tu însuți, întregul interior și exterior, cum te descompui." Pacientul vorbea cu David Shenk, autorul cărții *The Forgetting,* o carte edificatoare despre istoria bolii. De asemenea, Shenk îl citează pe Jonathan Swift. Scriitorul, satiricul și spiritualul irlandez al secolului al XVII-lea era un gigant intelectual redus în ultimii ani la un om cu minte de liliputan, memoria slăbindu-i și gândurile fiindu-i răvășite. „Nici nu citesc, nici nu

scriu, nici nu-mi aduc aminte și nici nu conversez", se lamenta Swift într-o scrisoare compusă în primele faze ale demenței. In alta spunea că „abia scriu zece rânduri fără derapaje, judecând după numărul de scrijeliri și pete înainte ca această scrisoare să fie terminată. Pe deasupra, nu am nicio fărâmă de memorie".

Una dintre primele structuri care se deteriorează în Alzheimer este hipocampul, un centru de materie cenușie în lobul temporal al creierului, situat pe ambele părți, lângă urechi. Hipocampul este activ în formarea memoriei și are o funcție importantă în reglarea stresului. Este cunoscut faptul că nivelurile ridicate cronic ale cortizolului pot micșora hipocampul.

Ar putea experiența de viață timpurie, reprimarea emoțională și stresul pe tot parcursul vieții să predispună o persoană la boala Alzheimer? Cercetările științifice indică acest lucru, la fel și o privire atentă asupra vieții oamenilor cu Alzheimer - fie că sunt oameni de rând sau faimoși, precum Swift sau fostul președinte al SUA, Ronald Reagan. Un indiciu interesant că relațiile timpurii sunt cruciale în dezvoltarea ulterioară a demenței provine din experimentele făcute pe animale. Șobolanii care sunt tratați cu blândețe la început nu suferă practic nicio pierdere de celule ale hipocampului la vârste înaintate.[1]^ Capacitatea lor de a-și aminti rămâne intactă. Prin comparație, șobolanii neatinși sunt mai susceptibili să sufere o micșorare a hipocampului și o depreciere mai mare a memoriei la bătrânețe.

La oameni, studiul Nun, la care se fac multe trimiteri, a constatat că o capacitate lingvistică scăzută devreme în viață a avut o puternică legătură cu demența și moartea prematură spre sfârșitul vieții. Cercetarea retrospectivă a examinat autobiografiile scrise de mână ale unui grup de tinere postulante (călugărițe novice), încheiate în cursul primului an în cadrul mănăstirii. Vârsta lor medie la momentul scrierii era de 23 de ani. Șase decenii mai târziu, cercetătorii au cerut să vadă declarațiile autobiografice pe care le făcuseră și, în plus, călugărițelor în vârstă le-au fost examinate sănătatea mintală și perspicacitatea. Ca parte a studiului, i s-a cerut fiecăreia să fie de acord să se efectueze o autopsie după moartea ei. A reieșit că acelea care exprimaseră mai puține idei și utilizaseră un limbaj mai puțin viu în memoriile lor juvenile erau proporțional mai susceptibile să

fie afectate de Alzheimer pe măsură ce îmbătrâneau, împreună cu descoperirile patologice caracteristice din creier.[122]

Bogăția sau sărăcia limbajului este determinată de mulți factori, dar predominantă printre acestea este calitatea relațiilor emoționale. Autorul universalei opere clasice *Călătoriile lui Gulliver* nu pare să fi fost lipsit de inventivitate lingvistică. La o privire mai atentă, atât viața, cât și scrierea lui Jonathan Swift manifestă o sărăcie a experienței emoționale *simțite* și a exprimării emoționale *directe.* Puterile sale fenomenale se limitau în mare parte la idei intelectuale și la un spirit acerb atât de sec, încât umorul său le scapă adesea cititorilor mai puțin sofisticați. După cum am văzut cu Gilda Radner, istețimea poate fi un stil de adaptare care blochează durerea, camuflează furia și oferă un mijloc de a câștiga aprobarea celorlalți.

Putem deduce emoțiile puternic negative care îl animă pe Swift, în special furia față de femei, din stilul pasiv-agresiv al satirei sale ireverențioase și din unele pasaje cu o descriere cruntă în povestirile sale. Swift evocă una dintre cele mai revoltătoare experiențe fizice care urmează să se abată asupra lui Gulliver, când îl face pe acesta să se confrunte cu un sân feminin în Brobdingnag, țara uriașilor. In această scenă, Gulliver observă o doică alăptând un copil. „Mărturisesc că nimic nu m-a dezgustat vreodată mai mult decât vederea monstruoșilor ei sâni, pe care nu știu cu ce i-aș putea compara. [...] Ieșeau în afară cu vreo șase picioare și nu aveau mai puțin de 16 în circumferință. Sfârcul era cât jumătate din capul meu, și atât sfârcul, cât și sânul erau plini de pete, bube și pistrui, de-ți faceau silă."[125]

înțelegem relatarea îngrijorătoare la un nivel mai profund atunci când aflăm că Swift a trecut printr-o durere cumplită în copilărie, pe care a atribuit-o ulterior doicii sale. Tatăl lui Swift, numit și Jonathan, a murit cu șapte luni înainte de nașterea unicului său fiu. Când avea doar un an, Jonathan a fost separat de mama sa, Abigaile. Nu avea s-o vadă ani întregi. Intr-un fragment autobiografic, Swift pretinde că doica l-a răpit, dar unor biografi asta le sună ca „o fabulă reconfortantă". Mai probabil a fost abandonat, deoarece, după o scurtă întrevedere, mama sa l-a părăsit încă o dată.

întâlnirea lui Gulliver cu acel piept monstruos reprezintă fără îndoială o amintire emoțională intrinsecă. Aici ne confruntăm cu disperarea și furia

copilului Jonathan în fața absenței bruști a mamei, care - în ochii copilului care nu știa să vorbească - a fost înlocuită în mod inexplicabil de doica detestabilă si de sânii ei scârboși. *9* *9*

Jonathan avea 20 de ani înainte de a-și reîntâlni mama; a fost o întâlnire inițiată de el. Intr-un mod adesea considerat reprimat emoțional, el idealiza amintirea mamei, în ciuda acelei relații aproape inexistente. In elogiul pe care 1-a scris pentru ea, a spus: „Dacă drumul spre cer este prin pietate, adevăr, dreptate și caritate, ea se află acolo." Furia îndelung reprimată a lui Swift față de mamă a erupt mai târziu nu numai în scrierile misogine, ci și în relațiile sale cu femeile. Față de ele manifestă o „furie rece, inexpresivă" sau chiar violență fizică. Era reținut din punct de vedere sexual. Un biograf recent, Victoria Glendinning, scrie: „Cu femeile care erau mai apropiate de el, permafrostul emoțiilor era menținut. Nu risca o dezghețare. Nimeni nu trebuia să aibă putere asupra lui - puterea de a topi șinele rigid, puterea de a răni. [...] Singurele posibile debușeuri emoționale erau limitate, cu femei neputincioase • <c 139

și supuse. [122]

Aversiunea de-o viată a lui Swift fată de intimitate si teama sa subiacentă de
9 *9* *9*

contact emoțional sau vulnerabilitate sunt răspunsurile defensive ale unui copil lipsit de creșterea emoțională, un copil care a trebuit să învețe rapid să se apere singur. „Se pare că nu a existat niciun adult care să-1 îngrijească în mod special pe Jonathan sau de care acestuia să îi pese în mod special."

La unele persoane foarte sensibile, poate apărea o premoniție a proceselor profund ascunse din relația corp-minte. Am mai observat acest lucru înainte, cu violoncelista Jacqueline du Pre și dansatoarea Joanne, care au murit de SLA. Cu 13 ani înainte de moartea sa, deși încă într-o stare bună de sănătate, Swift a anticipat demența. El a scris în *Verses on the Death ofDr. Swift-.*

Sărmanul domn, iute se mai veștejește,

Pe chipu-i clar oricine o citește.

Mai vechea amețeală din a sa teastă » »

Până-si dă duhul nu-1 va slăbi, nefastă.

Aducerea-aminte se tot duce la vale,

Socoteală nu tine șirului vorbelor sale, » >

Prietenii pe nume nu știe să ți-i mai spună,

Unde-a cinat aseară poate doar să presupună.

El a exprimat aceeași premoniție, în timpul unei plimbări cu un prieten, la vederea unui copac în descompunere: „Voi fi ca acel copac. Moartea va începe de la cap.“ Swift a murit la 67 de ani, o vârstă destul de avansată pentru vremea lui. Ultimii ani au fost o inexorabilă cădere în demență. Chiar și spre sfârșit, era capabil să rostească lucruri înțelepte, pătrunzătoare - chiar dacă numai inconștient, pe de rost. Glendinning scrie: „Intr-o zi, în ultimele luni triste -era duminică, 17 martie 1744 -, stând pe scaun, și-a întins mâna ca să apuce cuțitul de pe masă. Anne Ridgeway l-a mutat ca să nu-1 ajungă. El a ridicat din umeri și s-a legănat spunând: «Sunt ceea ce sunt.» A repetat cuvintele: «Sunt ceea ce sunt. Sunt ceea ce sunt.»“

De la diagnostic până la moarte, speranța de viață la Alzheimer este în medie de opt ani, indiferent de vârsta la care boala lovește prima dată. In rare cazuri, acest lucru se poate întâmpla chiar mai devreme de 60 de ani. Așa a fost cazul lui Frâu Auguste D., o femeie de 51 de ani internată în 1901 într-un spital psihiatric din Frankfurt, cu un istoric de ciudățenii comportamentale, izbucniri emoționale și pierderi de memorie. Parcursul său de degradare psihică și fizică ireversibilă a culminat cu moartea, patru ani mai târziu. Nu exista niciun diagnostic cunoscut, dar postum, boala lui Frâu D. a ajuns să poarte numele psihiatrului ei, strălucitul Alois Alzheimer.

Deși degradarea lui Frâu D. a mimat demența senilă, care fusese considerată o consecință normală, deși nefericită, a îmbătrânirii, vârsta relativ mică a pacientei i-a sugerat lui Alzheimer că ea trecea printr-un proces al bolii încă neidentificat. Noile tehnici de laborator ale vremii au făcut posibilă o examinare post-mortem a creierului lui Frâu D., descoperindu-se ceea ce în

prezent sunt recunoscute ca elemente definitorii ale diagnosticului: modificări patologice în țesutul cerebral specifice acestei boli. Fibrele nervoase normale sunt distruse, apoi înlocuite cu încâlceli de fire stranii numite fibrile și de formațiuni pe care David Shenk le descrie ca „umflături maro solzoase [...], o amestecătură de granule și fire scurte, strâmbe, ca și cum ar fi magneți lipicioși • • • «140

pentru gunoi microscopic —.

în urma muncii de pionierat a lui Alzheimer, știm acum că demența nu este o parte inexorabilă a îmbătrânirii, ci reprezintă întotdeauna o boală. Au fost vehiculate diverse teorii pentru a explica apariția bolii, dar până în prezent niciuna nu a fost convingătoare. Cu câțiva ani în urmă, s-a constatat: creierul afectat de Alzheimer conține niveluri mai ridicate decât cele normale de aluminiu. Asta i-a făcut pe mulți oameni să își arunce ustensilele de aluminiu în speranța că vor ține boala la distanță. Abia mai târziu s-a recunoscut că prezența acestui metal în creier era o consecință a procesului degenerativ, nu cauza acestuia. Și, mai interesant, fibrile și alte formațiuni specifice au fost găsite în creierul oamenilor care, în timpul vieții, nu prezentaseră niciun semn de suferință. (Să ne amintim că am văzut constatări similare pentru prezența celulelor canceroase la sânii femeilor care nu au avut malignitate clinică sau la prostatele bărbaților care mureau sănătoși la bătrânețe.) Un exemplu foarte elocvent a reieșit din studiul recent încheiat al călugărițelor cu boala Alzheimer. „Sora Mary, standardul de aur pentru studiul Nun, a fost o femeie remarcabilă, care a avut punctaje mari la testul cognitiv înainte de moartea ei la vârsta de 101 de ani. Mai remarcabil este faptul că ea și-a menținut aceste performanțe, în ciuda faptului că avusese numeroase încordări neurofibrilare și plăci senile, leziunile clasice ale bolii Alzheimer.

Un consens științific internațional câștigă teren constant, ceea ce indică boala Alzheimer ca una dintre bolile din spectrul autoimunitar, împreună cu scleroza multiplă, astm, artrita reumatoidă, colita ulcerativă și multe altele. Din nou, acestea sunt boli în care sistemul imunitar al organismului se întoarce împotriva sa. în cazul bolilor autoimune, se estompează granița dintre ceea ce este propriu organismului și ce nu îi aparține - materia străină care trebuie atacată.

„Agresiunea autoimună“ este modul în care cercetătorii ruși au caracterizat recent procesul patologic în boala Alzheimer.— Medicii canadieni au constatat o incidență mai mare a celorlalte boli autoimune la familiile pacienților Alzheimer, sugerând o predispoziție comună.[142] Inflamarea țesutului cerebral în Alzheimer - numită *inflamm-aging* de către un grup de oameni de știință italieni - a fost încetinită cu succes de aceleași medicamente antiinflamatoare)

utilizate în tratarea artritei. Cercetătorii spanioli au găsit componente ale sistemului imunitar, inclusiv celule imune specializate și substanțe chimice, în țesutul cerebral al pacienților afectați.— Oamenii de știință au identificat anticorpi anti-cerebrali unici fabricați de sistemul imunitar confuz. Potrivit cercetătorilor austrieci: „Nu există nicio îndoială că sistemul imunitar joacă un rol în procesul neurodegenerativ al bolii Alzheimer.

Bolile autoimune implică dezechilibre în sistemul organismului de reglare fiziologică a stresului, în special în cascada hormonală produsă de hipotalamus. Această creștere bruscă de hormoni culminează cu eliberarea de cortizol si 9

adrenalină de glandele suprarenale. Multe studii au arătat reacții fiziologice la stres dereglate în cazul bolii Alzheimer, inclusiv producția anormală de hormoni hipotalamici și hipofizari și cortizol. La ființele umane cu Alzheimer și la modelele animale cu demență, există o producție excesivă de cortizol, în paralel cu gradul de afectare a hipocampului.

Dr. Cai Song este un cercetător cunoscut pe plan internațional la University of British Columbia și coautor al unui manual recent, *Fundamentala of Psychoneuroimmunology.* „Sunt convins că Alzheimer este o boală autoimună. Probabil este declanșată de stresul cronic care acționează asupra unui sistem imunitar îmbătrânit“, spune dr. Song.

Centrii emoționali din creier influențează profund procesele neurologice și hormonale ale răspunsului la stres, după cum am văzut. Reprimarea emoțiilor negative - durerea inconștientă, furia și sila pe care Jonathan Swift

le-a trăit ca urmare a privării de emoție - este o sursă cronică și semnificativă de stres dăunător. Cercetătorii de la Ohio State University au sugerat că la boala Alzheimer, la fel ca în cazul celorlalte boli autoimune, emoțiile negative reprezintă un factor de risc major pentru eventualul debut al bolii.

Cel mai faimos bolnav de Alzheimer din lume este Ronald Reagan. Când Reagan a fost diagnosticat pentru prima oară la 83 de ani, la șase ani după încheierea celui de-al doilea mandat prezidențial, el a scris cu amărăciune în mesajul său de adio adresat poporului american: „Acum încep călătoria care mă va duce la apusul vieții mele.“ A fost un declin lung și trist. Ca și Swift, Reagan a suferit traume în copilărie. Tatăl său, Jack, era alcoolic. „La patru ani, abia putea înțelege că tatăl său fusese arestat pentru beție în public“, declară hotărât Edmund Morris în biografia sa neortodoxă, *Dutch: A Memoir of Ronald*

Reagan. „Dutch, un băiat visător, blând și manierat, a ignorat multă vreme prețul mare plătit pentru alcoolism. Nu înțelegea de ce el și Neil [fratele său], în după-amiezile de baseball, erau garnisiți în jurul gâtului cu săculețe cu popcorn proaspăt și li se spunea «să meargă să îi vândă în parcul de distracții». >

Morris, un biograf receptiv, s-a înșelat - sau a avut dreptate doar parțial. Deși un copil nu este conștient din punct de vedere *cognitiv* de rușinea familiei, el absoarbe *emoțional* toate vibrațiile psihice negative ale sistemului familial. O închidere emoțională, o ieșire din realitate, reprezintă cea mai rapidă apărare disponibilă a creierului. In consecință, Marele Vorbitor stăpânea limbajul sentimentelor, dar nu și pe cel al emoției reale. „Pe bune, n-am cuvinte" a devenit mantra lui Reagan, „clișeul său standard pentru a exprima emoția necesară pentru el“, scrie Morris.

Dacă oprirea emoțiilor are loc destul de devreme, în timpul fazelor critice ale dezvoltării creierului, capacitatea de a recunoaște realitatea poate fi permanent afectată. Reagan a avut dificultăți de-a lungul vieții în a deosebi faptele de ficțiune. „Nu a avut capacitatea de a face distincția între realitate și fantezie", își amintea o fostă logodnică - un indiciu că în mintea copilului, și mai târziu în cea a adultului, fantezia a înlocuit o realitate

dureroasă. „Memoria lui Reagan era selectivă", scrie editorul Michael Korda în autobiografia sa, *Another Life,* publicată în 1999:

Se știa și că el confunda ficțiunea cu realitatea. A existat anecdota pe care le-o spunea câștigătorilor Medaliei de Onoare despre pilotul Eighth Air Force care, atunci când bombardierul său B-17 a fost lovit mortal de artileria antiaeriană, a ordonat echipajului să se parașuteze. Exact în timp ce pilotul urma să sară din avionul în flăcări, a descoperit că artileristul era captiv în turelă, rănit și incapabil să iasă din chepengul de deasupra lui, fiind îngrozit că o să moară singur. Pilotul și-a scos parașuta [...] și s-a întins pe podea, astfel încât să își poată băga brațul în turelă și să-l țină de mână pe muribund. „Nu îți face griji, fiule, ne vom duce împreună", i-a spus el artileristului în timp ce avionul se prăbușea.

Asta aducea lacrimi în ochii lui Reagan și în ochii câștigătorilor Medaliei de Onoare. Singura problemă, după cum a descoperit presa curând, a fost că nu se întâmplase niciodată. Era o scenă dintr-un film pe care președintele o transpunea, fără să vrea, în viata reală.— »

Există multe anecdote similare despre Reagan, precum și povești despre slaba lui memorie interpersonală. „Tată, sunt eu. Fiul tău. Mike“, primul său născut stăruia să-l convingă odată, în timp ce Reagan clipea din ochi, fără să înțeleagă, printre colegii săi. Viitorul președinte de atunci s-a descris odată ca „ochiul furtunii". Morris scrie că exista întotdeauna o „imensă insularitate a personalității lui Ronald Reagan. Copilul era deja protejat printr-o stare de calm ciudat [...], [o] paralizie a sensibilității". Scopul acestei paralizii defensive și autoinduse este clar. După cum o femeie care a respins avansurile tânărului Reagan a spus: „întotdeauna am știut faptul că Dutch nu poate fi rănit."

Dutch - porecla lui Reagan din zilele sale de crainic la radio - *putea* fi rănit, își îngropa adânc durerea și furia. Reprimarea emoțională rezultată nu este nicăieri mai clar demonstrată decât în descrierea lui Reagan despre un anumit incident. La 11 ani, a ajuns acasă și și-a găsit tatăl afară, în stare de ebrietate. „Jack zăcea în zăpadă, cu brațele întinse, lungit pe spate. Era beat, pierdut în lumea viselor. Am stat aplecat deasupra lui un minut sau două. [...] M-am simțit cuprins de durere pentru tatăl meu. Văzându-i brațele întinse ca și cum ar fi fost crucificat - așa cum era într-adevăr -, cu părul

înmuiat în zăpada topită, sforăind în timp ce respira, nu am simțit niciun resentiment față de el."

Nu am simtit niciun resentiment dezvăluie furia tânărului fată de tatăl său. în psihoterapie, se întâmplă adesea o astfel de „confirmare prin negare": vorbitorul raportează spontan că *nu* simte o anumită emoție - de obicei furie -despre care nu fusese întrebat de la început. Această raportare la sine este mai importantă decât știe el. Deși este adevărat că nu *simțea* niciun resentiment, asta se întâmpla numai deoarece conștientizarea sentimentului său fusese afectată cu mult timp în urmă. Ar fi spus, deși nu și-ar fi dat seama, că furia lui depășea granițele conștiinței. Aserțiunea negativă - „nu am simțit niciun resentiment" - reprezenta un conflict intern între furia aceea și forțele reprimării.

Mama lui Reagan era aparent prea absorbită de sine și copleșită de stresul căsătoriei cu un soț afemeiat și alcoolic. Nu era disponibilă pentru copiii ei - la fel cum, mai târziu, Ronald Reagan nu avea să fie disponibil pentru copiii săi. Adesea, antidotul copilului la furia sa pentru faptul de a fi ignorat este să își idealizeze mama, ceea ce probabil Reagan a făcut. Profunzimea negării sale devine evidentă când mama-substitut, cea de a doua soție, devotată și plină de grijă, Nancy, a făcut cancer mamar. Medicului lor, John Hutton, i-a revenit sarcina de a-1 informa pe președinte. începând cu octombrie 1987, Edmund Morris a făcut următoarele observatii:

NR are cancer mamar. John Hutton s-a năpustit să îi spună lui RR după întâlnirea de cabinet din 5 oct. - „D-le Președinte, mă tem că am vești destul de proaste cu privire la mamografia Primei Doamne.“ Spune că niciodată nu și-a dat seama până atunci de puterea negării lui Dutch. A ascultat la birou, cu stiloul în mână, apoi încet și cu fermă convingere a zis: „Ei bine, voi sunteți doctorii și sunt încrezător că veți putea să vă îngrijiți de asta.“ încheierea întrevederii.

John se îndreaptă perplex spre rezidență: „D-nă Reagan, Președintele este prea uimit pentru a spune ceva.“ Rămâne cu ea până ce sosește RR, îndeplinindu-și sarcina. Salutări incomode; nu se menționează nimic despre știre. Hutton iese, chiar și mai nedumerit.

Astfel de cazuri nu indică faptul că persoana nu are emoții; cineva cu adevărat lipsit de atașament putea cel puțin să pretindă că are un sentiment pentru semeni. Dimpotrivă, *emoțiile sunt prea copleșitoare pentru a fi trăite în mod conștient* — dar sunt cu atât mai active din punct de vedere fiziologic. Din nou, suntem martorii faptului că evitarea experienței emoției expune oamenii la un stres fiziologic mai mare și mai îndelungat. Deoarece nu își cunosc stările, aceștia sunt mai puțin capabili să se protejeze pe sine de consecințele stresului, în plus, exprimarea sănătoasă a emoției reduce ea însăși stresul. Schimbările cronice hormonale și imune induse de stres pregătesc terenul fiziologic pentru boli precum Alzheimer.

Sărăcia emoțională, mascată de sentimente, din scrierile autobiografice ale lui Reagan în anii săi de colegiu contrastează dramatic cu limbajul emoțional bogat al călugărițelor care au supraviețuit până la bătrânețe fără Alzheimer. Corelația dintre relatările bogat afective ale unor călugărițe tinere și lipsa ulterioară a dementei era remarcabilă. Cele care au scris cu o sărăcie emoțională asemănătoare lui Reagan au sfârșit prin a avea Alzheimer.

Istoricele de viață ale tuturor pacienților cu Alzheimer pe care i-am avut în anii de medicină de familie au fost caracterizate de emoții reprimate. Am intervievat mai mulți adulți care se ocupau de părinții în vârstă suferinzi de Alzheimer. Toți au raportat pierderi timpurii sau lipsuri emoționale în viața părinților lor.

- Tatăl mamei mele a murit când ea era destul de tânără, mi-a spus cineva. Cred că avea vreo 10 sau 11 ani. Familia trăia în Vancouver, dar părinții ei o trimiseseră la Gibsons să lucreze într-o gospodărie în vara aceea. Asta era în anii ’30. Mama mea lucra în Gibsons când tatăl ei a murit. Sora mai mare a mamei mele a venit și a adus-o înapoi la Vancouver. Când au sosit acasă, bunica a întrebat-o pe sora mai mare a mamei: „De ce ai adus-o înapoi?“ A fost un lucru extraordinar de crud.

- Exista o tensiune uriașă acolo când am crescut, și-a amintit un bărbat a cărui mamă avusese și ea Alzheimer. Lucrurile erau altfel pe dedesubt. Tot ce declara mama mea era întotdeauna de bine, dar limbajul corpului spunea „pleacă“. Nu dezvăluia nimic. Crescând, am simțit că nu știam ce se întâmplă.

Alții observă ce ține pentru sine persoana care își reprimă emoțiile. O actriță renumită de la Hollywood, care a cunoscut vedeta de film în plină ascensiune -Ronald Reagan -, dar care nu a fost mișcată de farmecele sale, a fost totuși „atinsă de disperarea din spatele caracterului său glumeț neîncetat, nervos“, susține Morris. Morris l-a întrebat odată pe președinte ce și-a dorit cel mai mult ca tânăr. „A tăcut o vreme, încercând să evite întrebarea", scrie autorul. In cele din urmă, Reagan a răspuns că regreta cel mai mult nu lipsa cuiva care să-1 iubească, ci, mai degrabă, „ cineva pe care să-1 iubească". Morris notează: „Am scris cuvintele și le-am încheiat cu o buclă spiralată utilă pentru biografi, adică: *El simte opusul a ceea ce spune* [cursivele lui]."

Note:

135 Generație care a apărut după cel de Al Doilea Război Mondial (aproximativ 1945-1964) și care poartă numele unui fenomen (un *boom)* de creștere demografică bazată pe prosperitatea și speranța de viață crescute care au urmat războiului. (AA *retE)*

136 MJ. Meaney et al., „Effect of Neonatal Handling on Age-Related Impairments Associated with the Hippocampus“, *Science,* voi. 239, 12 februarie 1988, pp. 766-768.

137 D.A. Snowdon et al., „Linguistic Ability in Early Life and the Neuropathology of Alzheimer’s Disease and Cerebrovascular Disease: Findings from the Nun Study“, *Annals of the New YorkAcademy of Sciences,* voi. 903, aprilie 2000, pp. 34-38.

138 Apărută în traducerea lui Leon Levițchi, Editura Cantemir, București, 1993, p. 54. *(N. trad.}*

139 V. Glendinning, Jonathan Swift: *A Portrait, Doubleday* Canada, Toronto, 1998.

140 D. Shenk, The *Forgetting: Alzheimer s:7he Portrait of an Epidemic, Doubleday,* New York, 2001.

141 D.A. Snowdon, „Aging and Alzheimer's Disease: Lessons from the Nun Study“, *Gerontologist,* voi. 38, nr. 1, februarie 1998, pp. 5-6.

142 V.A. Evseev et al., „Dysregulation in Neuroimmunopathology and Perspectives of Immunotherapy“, *Bulletin of Experimental Biological Medicine,* voi. 131, nr. 4, aprilie 2001, pp. 305-308.

143 M.F. Frecker et al., „Immunological Associations in Familial and Non-familial Alzheimer's Patients and Their Families“, *Canadian Journal of Neurologicul Science,* voi. 21, nr. 2, mai 1994, pp. 112-119.

144 M. Popovic et al., „Importance of Immunological and Inflammatory Processes in the Pathogenesis and Therapy of Alzheimer's Disease", *International Journal ofNeuroscience,* voi. 9, nr. 3-4, septembrie 1995, pp. 203-236.

145 F. Marx et al., „Mechanisms of Immune Regulation in Alzheimer's Disease: A Viewpoint", *Arch Immunol Ther Exp* (Warsz), voi. 47, nr. 4, 1999, pp. 204-209.

146 J.K. Kiecolt-Glaser et al., „Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology", *AnnualReviewofPsychology,* voi. 53, 2002, pp. 83-107.

147 E. Morris, *Dutch: A Memoir of Ronald Reagan,* Modern Library, New York, 1999.

148 M. Korda, *Another Life,* Random House, New York, 1999.

CAPITOLUL 13

Propriu sau străin corpului: sistemul imunitar este confuz

In prima ediție a lucrării sale clasice *Principles and Practice of Medicine,* publicată în 1892, William Osler a sugerat că artrita reumatoidă are „după toate calculele, o origine nervoasă". In limbajul de astăzi, Osler se referea la stresul psiho-emoțional. El a menționat „asocierea bolii cu șocul, îngrijorarea și durerea". Departe de a fi un teoretician obscur, William Osler a devenit cel mai cunoscut medic vorbitor de limba engleză. Potrivit lui Sherwin B. Nuland, el însuși medic și autor, Osler „poate că a fost cel mai mare clinician al tuturor timpurilor și lumilor". A predat la McGill University din Montreal, la Johns Hopkins University Medical School din Baltimore și la Oxford. In Anglia, a fost numit cavaler pentru contribuțiile sale aduse artei vindecării. Manualul său, folosit pe scară largă, a fost reeditat de 16 ori - ultima din 1947, la 28 de ani de la moartea sa.

In 1957, C.E.G. Robinson, specialist în medicină internă din Vancouver, a menționat cuvintele lui Osler într-un articol scurt din *Canadian Medical Association Journal.* „Am fost impresionat de frecvența cu care stresul cronic sau prelungit poate preceda dezvoltarea bolii reumatoide. [...] Consider că aspectul emoțional și psihic al multor pacienți reumatoizi este de primă importanță. Educația medicală a doctorului Robinson era încă bazată pe abordarea umană și holistică a lui Osler. Acum, la începutul secolului al XXI-lea, căutăm degeaba prin textele medicale generale orice referire la stres și legătura lui cu artrita reumatoidă sau cu alte boli autoimune, toate caracterizate printr-un război civil al sistemului imunitar împotriva corpului. Omiterea, tragică pentru milioane de oameni care suferă de boli reumatoide de un tip sau altul, este cu atât mai puțin justificată cu cât cercetările au stabilit de mult timp legătura stres-autoimunitate și ne-au oferit o înțelegere pentru multe dintre potențialele sale căi fiziologice.

Prin seria mare și suprapunerile de afecțiuni medicale numite boli reumatice se numără și artrita reumatoidă, sclerodermia, spondilita anchilozantă și lupusul eritematos sistemic. In aceste afecțiuni și în multe altele, un sistem

imunitar perturbat reacționează la propriile țesuturi ale corpului, în special împotriva țesuturilor conjunctive precum cartilajul, tecile tendinoase, căptușeala articulațiilor și pereții vaselor de sânge.

Aceste boli sunt caracterizate de diferite modele de inflamatie care lovesc articulațiile membrelor sau ale coloanei vertebrale; țesuturi de suprafață, cum ar fi pielea sau căptușeala ochilor; organe interne, cum ar fi inima, plămânii sau - în cazul LES - chiar si creierul. [9]

Caracteristice pentru multe persoane cu boli reumatoide sunt un stoicism dus până la extrem și o reticență adânc înrădăcinată în a căuta ajutor. Oamenii suportă adesea în tăcere un disconfort agonizant, nu dau glas plângerilor suficient de tare pentru a fi auzite sau se opun ideii de a lua medicamente care ameliorează simptomele.

Celia, o femeie de treizeci și ceva de ani, a trăit un episod de arterită, inflamația generalizată a arterelor, un alt proces autoimun. Durerea ei era cruntă.

- Timp de două zile, am avut dureri atât de mari, încât am vomitat toată cantitatea de Ibuprofen pe care am ingerat-o. Prietena mea m-a întrebat: „încă nu ai renunțat?" și m-a dus la urgență.

- *încă nu ai renunțat* — ce înseamnă acest lucru? întreb.

- Sunt încăpățânată. Ori de câte ori mă îmbolnăvesc, am întotdeauna această teamă de fond că nu voi fi crezută sau că voi fi considerată ipohondră.

- Nu te poți mișca din cauza durerii agonizante, și ești îngrijorată că oamenii vor crede că ești ipohondră. Să inversăm această situație o clipă. Imaginează-ți că era o prietenă, soțul sau copilul tău cel care suferea o astfel de durere. Nu ai fi acționat mult mai repede?

- Ba da.

- Atunci, de unde vine dubla măsură?

- Nu știu. Probabil că e mai veche și e legată de modul în care am crescut.

Stoicismul neplângăcios expus de pacienții reumatoizi este un stil de adaptare dobândit în copilărie. Neliniștile Celiei s-au concentrat întotdeauna asupra altora, deși ea însăși a fost abuzată când era copil. Preocuparea ei a fost să își protejeze mama de o serie de parteneri abuzivi. Se temea că familia nu va avea suficienți bani sau că lumea din afară va afla despre violența din căminul lor.

- Cel mai mult eram îngrijorată de faptul că fratele meu vitreg va ajunge un delincvent juvenil sau că i se vor întâmpla lucruri oribile.

- Dar despre tine ce zici?

- întotdeauna am simțit că pot să mă descurc cu lucrul ăsta și că pot să trec peste el. Nu vreau să accept cât de supărătoare sunt lucrurile. Gândesc logic până la un punct în care le pot accepta și trata. Le minimalizez importanța.

Un studiu medical psihiatric intensiv asupra persoanelor cu artrită reumatoidă efectuat pentru Maryland Chapter of the Arthritis and Rheumatism Foundation din 1969 a conchis că „în ciuda diversității din cadrul grupului, caracteristicile psihice, vulnerabilitățile și conflictele de viață ale pacienților au fost deosebit de asemănătoare"[1]^. O trăsătură comună a fost pseudo-independența, descrisă de autori ca o *hiper-independențâ compensatorie.* Convingerea rigidă a Celiei că ar putea depăși toate lucrurile era un mecanism de adaptare, o compensație pentru nevoile emoționale ignorate în copilărie. Un copil în situația ei supraviețuiește prefacându-se, față de el și față de lume, că nu are nevoi pe care să nu le poată satisface singur. Un aspect al acestei prefăcătorii este reducerea percepției unor constrângeri emoționale la o dimensiune copilăros prietenoasă, un obicei care poate dura o viață întreagă. Hiper-independența compensatorie care rezultă din inversarea timpurie a rolurilor între părinte și copil explică, de asemenea, îndurarea durerii fizice cu dinții strânși, până în punctul în care o prietenă a trebuit să o târască la unitatea de urgență spunându-i: „încă nu ai renunțat?"

în 1969, cercetătorul psihiatric britanic John Bowlby a publicat *Attachment,* primul volum al trilogiei clasice care explorează influența relațiilor părinte-copil asupra dezvoltării personalității. „Inversarea rolurilor între copil sau adolescent și părinte, cu excepția cazului în care este temporară, este

aproape întotdeauna nu doar un semn de patologie la părinte, *ci o cauză a acesteia la copil*'^f scria el.

Inversarea rolului cu un părinte denaturează relația copilului cu întreaga lume. Este o sursă puternică de boli psihice și fizice ulterioare, deoarece predispune la stres.

Alte trăsături identificate în investigațiile psihologice ale persoanelor cu boli reumatoide înregistrează perfecționismul, teama de propriile impulsuri furioase, negarea ostilității și sentimentele puternice de inadecvate. După cum am văzut, se pare că trăsăturile similare sunt asociate cu „personalitatea canceroasă" sau cu personalități expuse riscului pentru SM, SLA sau orice altă afecțiune cronică. Niciuna dintre acestea nu reprezintă trăsături înnăscute ale unei persoane și nu sunt nici iremediabil stabilite.

„In istoricul dezvoltării acestor pacienți, o constatare frapantă a fost pierderea *efectivă* a unuia sau a ambilor părinți", potrivit studiului din Maryland. Cititorul va fi observat frecvența la care era menționată separarea timpurie de părinți în istoricele personale relatate în această carte, abandonul sau chiar moartea mamei sau a tatălui. Universală este și *privarea emoțională,* o altă temă recurentă în literatura de cercetare. Un studiu australian din 1967 asupra persoanelor cu lupus eritematos sistemic a raportat că: „Un număr mai mare de pacienți decât cel din grupul de control a raportat privare emoțională în copilărie, asociată unei relații deficitare între părinți și copii în cadrul familiilor «nedestrămate».

Ca hiper-independența compensatorie, reprimarea furiei este o formă de *disociere,* un proces psihic care își are originea în copilărie. Tânăra ființă se îndepărtează inconștient de informațiile pe care, dacă le va primi, îi vor crea probleme de nerezolvat. Bowlby numește acest fenomen „excludere defensivă". „Informațiile care ar putea fi excluse defensiv (atunci când au fost acceptate pentru prelucrare în trecut) au determinat persoana să sufere mai mult sau mai puțin.Cu alte cuvinte, copilul furios a intrat în bucluc și a fost respins. Furia și respingerea trebuiau îndreptate înspre interior, împotriva sinelui, pentru a păstra legătura cu părintele. Acest lucru, în schimb, duce la „un sentiment de inadecvate puternic și la încredere în sine scăzută", pe care cercetătorii le-au recunoscut la persoanele cu boli reumatoide. „Nu arareori furia este reorientată de la un personaj care a

provocat-o către sine“, explică Bowlby. „Rezultă autocritica necorespunzătoare.

In boala autoimună, sistemele de apărare ale organismului se întorc împotriva sinelui. In viața unei societăți - organismul politic -, un astfel de comportament ar fi denunțat ca trădare. In cadrul organismului individual, răzvrătirea fizică rezultă dintr-o confuzie la nivel de imunitate care reflectă perfect confuzia psihică inconștientă dintre sine și non-sine. In această dezordine de granițe, celulele imune atacă organismul ca și cum acesta ar fi o substanță străină, la fel cum șinele psihic este atacat de reproșuri și furie îndreptate în interior.

Confuzia încrucișată reflectă perturbările mecanismelor corp-minte din cadrul super-sistemului emoțional-nervos-imun-hormonal, pe care l-am denumit PNI. Emoțiile vin în paralel și completează precis celelalte componente ale rețelei PNI: la fel ca sistemele imune și nervoase, ele protejează organismul de amenințarea externă; la fel ca sistemul nervos și hormonii, asigură satisfacerea dorințelor și nevoilor indispensabile și, precum toate aceste sisteme împreună, ajută la echilibrarea și întărirea mediului intern.

Emoțiile - frica, furia, dragostea - sunt necesare pentru supraviețuirea organismului ca impulsuri nervoase, celule imune sau activitate hormonală, încă de la primele etape ale procesului de evoluție, reacțiile primitive de atracție sau de repulsie au devenit esențiale pentru viața și reproducerea viețuitoarelor. Emoțiile, celulele și țesuturile fizice care fac acest lucru posibil au evoluat ca parte integrantă a aparatului de supraviețuire. Nu este de mirare, deci, că moleculele de bază care conectează toate sistemele de homeostază și apărare participă și la reacții emoționale. Substanțele-mesager, inclusiv endorfinele, se găsesc la cele mai primitive creaturi care nu au un sistem nervos nici măcar rudimentar. Nu numai că organele emoției *interactionează* cu sistemul PNI - ele formează o parte esențială a acestui sistem.

în capitolul 7 am observat că citokinele, moleculele-mesager produse de celulele imune, se pot lega de receptorii celulelor cerebrale pentru a provoca modificări în stările corpului, starea de spirit și comportament. Faptul că emoțiile induc schimbări în activitatea imună este doar o altă fată

a aceleiași monede. Pentru a ilustra îndatoririle de protecție paralele și complementare ale sistemului emoțional și ale aparatului imunitar, putem compara rolul celulelor imune cu al unei emoții cum ar fi furia.

>

De ce ne înfuriem? In lumea animalelor, furia nu este o „emoție negativă". Un animal este furios atunci când o nevoie esențială este fie amenințată, fie nesatisfacută. Deși le lipsește cunoașterea conștientă a fenomenelor emoționale, animalele simt emoție și trec prin schimbările fiziologice ale emoției primare. Și, desigur, manifestă afișările comportamentale clasificate ca emoții secundare. Scopul specific schimbărilor biologice ale emoției primare este de a pregăti ființa pentru reacția luptă-sau-fugi.

Dar, din moment ce lupta sau fuga necesită amândouă cheltuieli mari de energie și impun riscuri de accidentare sau deces, manifestările emoțiilor secundare servesc unei funcții intermediare esențiale: adesea ele rezolvă conflictul fără ca niciunul dintre participanți să fie rănit.

Un animal încolțit se întoarce să se confrunte cu urmăritorul său, manifestându-și furia feroce. Furia îi poate salva viața fie intimidând vânătorul, fie permițându-i prăzii să se opună. Sau mânia este stârnită într-un animal când un străin din aceeași specie, din afara familiei, turmei sau a grupului, pătrunde pe teritoriul său. Dacă cele două creaturi se angajează imediat în lupta fizică pentru teritoriul disputat, una sau ambele probabil că vor fi rănite. Natura oferă o soluție, solicitând ambelor părți să depășească manifestarea furiei: arătarea colților, mișcările fizice amenințătoare, sunetele amenințătoare. Cea mai convingătoare manifestare adesea iese învingătoare, evitându-se astfel vătămarea vreunuia dintre rivali.

Pentru ca furia să fie folosită corespunzător, organismul trebuie să facă distincție între amenințare și lipsa ei. Diferențierea fundamentală care trebuie făcută este între sine și celălalt. Dacă nu știu unde încep și unde se termină granițele mele, nu pot ști când ceva potențial periculos le încalcă. Distincțiile necesare între familiar sau străin și benign sau potențial nociv necesită o evaluare corectă a sinelui și a celuilalt. Furia reprezintă atât o *recunoaștere* a ceea ce este străin și periculos, cât și un *răspuns* la ea.

Prima sarcină esențială a sistemului imunitar este recunoașterea celulelor
>)

proprii organismului. Astfel, imunitatea începe și cu *recunoașterea.* Recunoașterea este o funcție senzorială, îndeplinită în sistemul nervos de către

organele senzoriale. Putem spune, pe bună dreptate, că sistemul imunitar este și un organ senzorial. Orice eroare a sistemului imunitar în atribuția sa de recunoaștere ne expune unui pericol la fel de mare cu care ne-am confrunta dacă funcțiile de a vedea, auzi, simți sau gusta ar fi afectate. O altă capacitate a sistemului nervos este memoria. Sistemul imunitar trebuie să aibă si memorie: *9*

să își amintească ce este benign și hrănitor, ce este neutru și ce este potențial toxic.

Sub ochii atenți ai părintelui, copiii mici explorează mediul înconjurător, învățând ce este comestibil și ce nu, ce este confortabil sau o sursă de durere, ce este periculos sau sigur. Informațiile obținute sunt stocate în băncile de memorie ale creierului aflat în curs de dezvoltare. Imunitatea este si ea o *9* chestiune de învățare. Memoria este stocată de sistemul imunitar în celule *9*

programate să recunoască instantaneu orice amenințare întâlnită anterior. Și, la fel cum sistemul nervos trebuie să își păstreze potențialul de învățare pe toată durata vieții, și sistemul imunitar are capacitatea să producă noi „amintiri" prin formarea de clone din celulele imune instruite special să recunoască orice nouă amenințare.

9

Cu celulele imune descoperite în sânge și în toate țesuturile și spațiile corpului, ne putem gândi la sistemul imunitar ca la un „creier plutitor" echipat să detecteze celulele străine. Aparatul senzorial - ochii, urechile și papilele gustative - este folosit de acest „creier plutitor" prin intermediul unor receptori pe suprafețele celulelor imune, configurați să deosebească benignul de nociv. Celulele proprii organismului sunt identificate prin

intermediul așa-numitelor *autoantigene* de pe membranele celulelor normale ale corpului, molecule pe care receptorii imuni le recunosc negreșit. Autoantigenele sunt proteine care se găsesc în fiecare tip de celulă. Organismele și substanțele străine nu au astfel de automarkeri, facându-le ținte pentru sistemul imunitar. Diversitatea de autoantigene abia începe să fie descoperită. „Sunt șanse ca în viitor să apară mult mai mulți automarkeri", conform unui articol din revista *Science*.^

Limfocitele, a căror activitate este de „a-și aminti" antigenele străine, sunt celulele T care ajung la maturitate în glanda timus. La oameni, ele există până la limita de un milion. Acestea și colegii lor, corpusculii imunitari, „trebuie să învețe să tolereze fiecare țesut, fiecare celulă, fiecare proteină din corp. Ele trebuie să deosebească hemoglobina găsită în sânge de insulina secretată de pancreas, de umoarea vitroasă conținută în ochi etc. Trebuie să reușească să îndepărteze nenumărate tipuri de organisme invadatoare și totuși să nu atace organismul"[1]^.

Este dincolo de scopul acestei cărți să discutăm mecanismele prin care diferitele celule imune recunosc microorganismele ostile sau alte substanțe nocive și modul în care escadrilele de celule imune sunt programate să elimine astfel de invadatori. Multe dintre acestea nu au fost încă descoperite și ceea ce se înțelege deja presupune o secvență extraordinar de complicată de evenimente biochimice, interacțiuni și efecte. Ce trebuie înțeles aici sunt funcțiile comune ale imunității și emoției: în primul rând, „perceperea" celulelor proprii organismului, însoțită de o recunoaștere a celulelor străine; în al doilea rând, aprecierea aporturilor hrănitoare și recunoașterea amenințărilor; la urmă, acceptarea influențelor de îmbunătățire a vieții, paralele cu o capacitate de limitare sau eliminare a pericolului.

Atunci când este dezactivată capacitatea noastră psihică de a distinge ce este propriu organismului de ce îi este străin, deficiența este obligată să se extindă și la fiziologia noastră. Furia reprimată va duce la o imunitate neordonată. Incapacitatea de a procesa și exprima sentimentele eficient și tendința de a răspunde nevoilor altora înainte de a lua în considerare propria persoană sunt modele comune pentru persoanele care dezvoltă boli cronice. Aceste stiluri de adaptare reprezintă o estompare a granițelor, o confuzie a sinelui și a celuilalt la nivel psihic. Aceeași confuzie va apărea și la nivelul

celulelor, țesuturilor și organelor corpului. Sistemul imunitar devine prea confuz pentru a putea distinge între ce îi aparține și ce nu sau este prea slab pentru a-1 apăra împotriva pericolelor.

In mod normal, celulele imune care reacționează împotriva propriilor produși sunt imediat ucise sau dezactivate. Dacă celulele imune care se întorc împotriva sinelui nu sunt distruse sau dezactivate, ele vor ataca țesuturile corpului pe care au fost menite să le păzească. Pot rezulta astfel reacții alergice sau boli autoimune. In schimb, dacă celulele imune sănătoase sunt distruse de radiații, medicamente sau, să zicem, virusul HIV, organismul este lăsat fără protecție împotriva infecțiilor sau împotriva creșterii necontrolate a tumorilor. Dezactivarea sistemului imunitar prin stres emoțional cronic poate avea același efect. *9*

Relația dintre autosuprimare și răzvrătirea imunitară a fost ilustrată într-un studiu din 1965 al rudelor *sănătoase* ale femeilor care sufereau de artrită reumatoidă. In mod normal, anticorpii sunt produși doar ca răspuns la invazia microbilor sau la molecule străine potențial dăunătoare. Una dintre caracteristicile de laborator ale artritei reumatoide este descoperirea unui anticorp îndreptat împotriva sinelui de către sistemul imunitar confuz. Este numit factorul reumatoid sau RE Găsit la peste 70% dintre pacienții cu artrită reumatoidă, RF poate exista și la persoanele fără această afecțiune. Scopul acestei cercetări speciale era de a afla dacă anumite trăsături de personalitate erau asociate cu prezența anticorpilor chiar și în absența bolii.

Studiul a fost format din 36 de femei adulte și adolescente, dintre care niciuna nu avea vreo boală reumatică. Printre subiecți, 14 aveau anticorpul RF. In comparație cu femeile *fără* anticorpi, grupul cu RF-pozitiv a obținut un punctaj semnificativ mai mare pe scala psihologică - asta reflectă inhibarea furiei și îngrijorarea cu privire la acceptarea socială a comportamentelor. De asemenea, ele au obținut rezultate mai mari la o scală care indica trăsături precum „conformitate, timiditate, conștiinciozitate, religiozitate și moralitate".

Prezența anticorpilor la acești subiecți sugerează că reprimarea emoțională inițiase deja reactivitatea imună împotriva propriului organism, deși nu până în punctul bolii clinice. Ne-am putea aștepta ca, în cazul în care evenimentele stresante suplimentare ar apărea în viața acestor femei,

acestea ar putea să incite si mai mult răzvrătirea imunitară, să activeze inflamația si să declanşeze boala. „Perturbările emoționale în asociere cu factorul reumatoid pot duce la boala reumatoidă"[152], au conchis cercetătorii. De asemenea, este posibilă dezvoltarea artritei reumatoide *fâră* autoanticorpul RF. Așa cum ne-am aștepta în aceste cazuri, este posibil ca gradul de stres să fie chiar mai mare - exact așa cum s-a constatat într-un alt studiu.[155] O reexaminare din 1987 a literaturii de specialitate a conchis că „greutatea dovezilor obținute dintr-o varietate de studii sugerează că stresul psihic are un rol în inducerea, agravarea și consecințele artritei reumatoide"[152].

Cât de clar are efect stresul în apariția bolii autoimune este ilustrat de experiența lui Rachel, o tânără evreică. Primul ei episod de artrită reumatoidă a avut loc ca răspuns la un eveniment care a reprezentat o reconstituire a traumelor emoționale din copilărie. Rachel crescuse în conflict cu fratele ei mai mare, pe care îl considera favorizat. Părinții erau despărțiți și ea s-a simțit respinsă în special de tatăl ei.

- întotdeauna eram pe locul doi. Pe fratele meu îl dorea, spune ea. încă îmi aduc aminte cum tata mergea ținându-1 pe după umeri pe fratele meu, iar eu pășeam singură în urma lor. Țin minte că trebuia mereu să stau pe locul din spate. Mama mi-a mărturisit în urmă cu câțiva ani că m-am dus la Chicago cu fratele meu ca să-1 vizitez pe tata doar pentru că ea spusese: „Iei amândoi copiii sau niciunul.“ Nu eram dorită.

Copil fiind, Rachel spune că a fost o „fetiță bună, care nu a provocat niciodată probleme", un stil de adaptare pe care l-a continuat până la maturitate. în urmă cu doi ani, de Roș Hașana, Anul Nou Evreiesc, se afla în casa mamei sale, pregătind cina pentru familie. Se grăbea, întrucât trebuia să plece la timp pentru a evita întâlnirea cu fratele ei, care hotărâse să se alăture în ultimul moment.

- El nu a vrut să fim în același loc, așa că am ajuns la înțelegerea că voi merge mai devreme la mama acasă și o voi ajuta să gătească. La 16:00 urma să plec, pentru ca el, cumnata și nepoata mea să poată petrece restul sărbătorii cu mama.

- înțeleg eu bine? am strecurat eu. Spui că ai mers acolo, ai gătit și ai făcut toată munca, apoi ai plecat, astfel încât alții să poată avea o sărbătoare frumoasă și o masă împreună? De ce ai acceptat acest aranjament?

- Pentru că era Roș Hașana și cred că familia ar trebui să fie împreună.

- Ce s-a întâmplat?

- Când eram la mama, corpul meu a suferit niște dureri pe care nu le-ai crede. Am fost dusă la spital. Artrita ajunsese în unul dintre picioare și nu îl puteam folosi deloc. De obicei nu mă plâng când mă doare ceva. Toată camera de urgență m-a auzit, sunt sigură. A doua zi, m-am întors la spital, pentru că mă durea tot corpul, nu mă puteam mișca, chiar dacă eram dusă într-un scaun cu rotile, urlam.

Nu numai că apariția și crizele bolilor reumatice sunt legate de stres, ci și gravitatea acestora. Intr-un studiu inițiat în 1967, au fost urmăriți 50 de adulți nediagnosticați cu artrită reumatoidă pe o perioadă de cinci ani. Factorii de stres psihosocial care preced debutul bolii au fost evaluați la început. Toți pacienții au fost examinați de două ori pe an și li s-au făcut anual radiografii ale încheieturilor și mâinilor, cele mai frecvente locuri ale activității bolii. La sfârșitul studiului, subiecții au fost clasificați în funcție de gradul de deteriorare a țesuturilor: în categoria 1, nicio umflătură la examinarea fizică sau dovezi de distrugere osoasă la examinarea cu raze X, numite eroziuni; în categoria 2, umflarea țesuturilor moi, dar fără eroziuni osoase; în categoria 3, eroziuni osoase la încheieturi și mâini. Rezultatele au fost publicate în *The American Journal of Medicine.* Cercetătorii au remarcat că pacienții din categoria 3 au fost la începutul studiului „plasați de către intervievatori într-o zonă cu o frecvență mai ridicată a factorilor de stres psihosocial care au legătură cu debutul bolii"— decât a celorlalți care au încheiat studiul.

Majoritatea interviurilor pe care le-am realizat în pregătirea acestei cărți au avut loc în casele oamenilor. Gila, o femeie de 51 de ani cu artrită reumatoidă, a insistat să ne întâlnim la punctul de ieșire din McDonald’s din cartier. Ea putea servi ca prototipul pacientului reumatoid descris în literatura psihologică: „sacrificându-se pe sine, conformist, conștient de sine, timid, inhibat, perfecționist". Gila a fost diagnosticată în 1976, în

timpul unui episod de polimiozită sau de inflamație musculară generalizată. In momentul în care a solicitat îngrijiri medicale, își pierduse o mare parte din mușchii umerilor și șoldurilor. Mușchii respiratori îi erau atât de slăbiți, încât respira superficial. Nu putea să își ridice brațele sau picioarele sau să înghită ceva uscat. Când specialistul a văzut-o, a fost spitalizată imediat pentru o cură de tratament intravenos cu corticosteroizi.

- A spus că eram un cadavru ambulant. Nici măcar nu trebuia să mă mișc. La testele funcționale pulmonare, când suflam în aparat, acul nu se mișca. Nici cea mai mică mișcare. Dar am compensat. Știi... Nu mi-am dat seama. Nici de faptul că, în timp ce mergeam, îmi balansam piciorul, în loc să-1 ridic.

- De ce crezi că nu ai observat?

- Am fost ocupată, cred. Eram obosită. Pentru că aveam doi copii mici și alergam întruna.

- Sunt curios de ce ai dorit să ne întâlnim la McDonald’s.

- Acasă sunt mereu conștientă de modul în care arată casa mea. Trebuie să fie *9*

curată si ordonată. Dacă cineva vine la mine acasă si observă că ici-colo există *9*

9

praf, atunci...

- Nu vorbești despre curățenie, vorbești despre perfecțiune. Nu poți să scapi de praf, așa-i? Praful face parte din viață. Și dacă nu poți accepta acest lucru, totul trebuie să fie perfect. Ești așa cu toate lucrurile din viața ta?

- Da. înainte de a avea artrita reumatoidă, eram și mai și. Mătușile mele mă numeau *superfemeie.* Soțul meu obișnuia să meargă în oraș. Trebuia să lucreze într-o fabrică de cherestea ca ucenic. Am fost singură aici cu doi

copii. Lucram chiar și peste program pentru că tocmai ne cumpătaserăm o casă. Uneori am lucrat șapte zile pe săptămână, zece ore pe zi.

- Ce lucrai?

- Am lucrat în oficiul poștal. Totuși, mi-a plăcut munca.

-Ți-a plăcut să lucrezi zece ore pe zi, șapte zile pe săptămână?

- A merge la serviciu este aproape ca și cum ai merge în vacanță. Mi-au plăcut oamenii de acolo. Eram prietenă cu supraveghetorul, nimeni nu mi-a făcut viața grea. Deși toată lumea din jurul meu pare să se plictisească de munca de la poștă, nu pot înțelege de ce se plâng. Eu mă simt bine. Cred că acesta a fost și unul dintre motivele pentru care am făcut artrită de la bun început. Cred că am abuzat de mine. Nu m-am odihnit suficient. Nu am dormit suficient.

Pe lângă job și munca ei de menaj, Gila a simțit și că trebuie să mențină grădina și curtea din spate imaculate. Casa ei era plasată între casele a două cupluri pensionate care își întrețineau curțile perfecte și își facea griji că, dacă și-ar neglija grădina, valoarea casei sale ar scădea.

- Da, impecabil. Ei tundeau iarba în fiecare săptămână. Trebuia să îmi aranjez gazonul în fiecare săptămână pentru a ține pasul.

De asemenea, copiii ei trebuiau să aibă deschidere la toate oportunitățile pe care ea le ratase. în weekenduri îi ducea cu mașina la lecții de pian, de canto, la cursuri de balet, dansuri populare și evenimente sportive.

Gila a făcut toate acestea fără niciun fel de sprijin din partea soțului ei și, în tot acest timp, a lucrat la oficiul poștal în schimbul de după-amiază, de la ora 16:30 până la ora 01:00. A dormit aproximativ patru ore pe noapte ani întregi.

- Când am făcut poliartrita reumatoidă, fizioterapeutul mi-a spus: „Când simți durerea, trebuie să te oprești. Trebuie să te odihnești, deoarece acest lucru înseamnă că organismul tău îți spune să te oprești.“ Așa că asta fac. Dar chestia este că treburile casnice nu mai sunt făcute ca pe vremuri.

înainte, dădeam cu aspiratorul zilnic, sau chiar de două ori pe zi. Acum, soțul meu este cel care aspiră, deoarece eu nu mai pot face asta. Și nu sunt mulțumită de modul în care el aspiră. Așa că uneori fac eu după el, deși nu știe. Fac doar finisajul. Casa mea nu este curată sau îngrijită și ordonată așa cum a fost.

Gila a crescut în Filipine, pe fondul circumstanțelor pe care cititorul de până acum le va fi ghicit. Era cea mai mare dintre cei opt copii și îi îngrijea pe toți. Părinții ei o criticau fără milă. Când ceva mergea prost, era bătută.

- Aveam astm. Și de fiecare dată când luam o chelfaneală, venea astmul. Și, de fiecare dată când faceam astm, mama mea spunea: „Oh, asta-i pedeapsa lui Dumnezeu pentru că ai fost rea. Pentru că nu ți-ai făcut treaba, pentru că ai răspuns obraznic.“ Și atunci încercam să fac totul. Nu aveam nicio intenție rea. Făceam tot ce puteam mai bine și tot eram pedepsită când uitam. Și uneori nu eram în stare să fac totul așa cum dorea ea. Este perfecționistă.

Soțul Gilei o bătea în primii ani de căsătorie. Mai târziu, abuzul a devenit o indiferență afectivă, dar el continuă să fie foarte gelos și posesiv. Deși unii fizioterapeuți au adus în discuție problemele de stres în activitatea lor cu Gila, niciunul dintre medicii care au tratat-o pentru artrita reumatoidă nu s-a interesat vreodată de viața ei personală sau emoțională. înțelepciunea lui William Osler s-a pierdut în acel vast Triunghi al Bermudelor din practica medicală modernă. După ce a debutat boala, Gila și-a dat seama că avea nevoie de muncă psihologică. A înțeles că boala ei, nefastă cum era, încerca să o învețe ceva. Sistemul medical nu putea să o ajute. La cererea ei, Gila a fost trimisă la un psihiatru. „Acesta mi-a spus că nu trebuie să fiu atât de supărată, că ar trebui să-1 tratez pe soțul meu ca pe fiul meu cel mai mare. Nu m-am mai dus înapoi. Nu mi-am dorit un al treilea fiu. Am vrut un soț.“

La femeile cu artrită reumatoidă, sistemul imunitar a înregistrat o perturbare crescută în perioadele de stres, dar cele care s-au bucurat de relații mai bune în căsnicie au fost scutite de agravările activității bolii, cum ar fi inflamația și durerea.— Alt studiu a constatat că niveluri crescute ale stresului în relație au >

fost asociate cu creșterea inflamatiei în articulatii.— Rezultate ca acestea nu
) > >

sunt surprinzătoare. Să ne amintim că stresul este un răspuns la percepția amenințării. Studiile de laborator au demonstrat că multe organe și țesuturi ale corpului devin mai vulnerabile la inflamație și vătămări în timpul sau după perioadele percepute ca periculoase.[1]^ Stimulii interpretați ca potențial periculoși pot induce dilatarea vaselor de sânge, inflamarea, sângerarea, sensibilitatea crescută la lezarea țesuturilor și un prag scăzut de durere. Astfel de schimbări pot fi inițiate rapid în subiecți pur și simplu prin tehnici de interviu care sporesc percepția amenințării.

Există mai multe căi posibile prin care presiunile psihice copleșitoare iau forma unor inflamații la nivelul articulațiilor, al țesuturilor conjunctive și organelor. Una dintre învățăturile influentului medic roman Galen din secolul al ILlea a fost că orice parte a corpului poate afecta orice altă parte prin conexiuni neuronale. Schimbările rapide ale organismului ca răspuns la stres sunt, fără îndoială, efectuate prin activitatea instantanee a sistemului nervos. Descărcările care provin din creier stimulează terminațiile nervoase îndepărtate să elibereze molecule puternice pro-inflamatorii, capabile să producă leziuni în articulații prin hiperactivitatea celulelor imune. Unele substanțe chimice derivate din nervi sunt și agenți iritanți puternici care induc durerea. In cazul bolilor autoimune, nivelurile ridicate ale unora dintre substanțe se găsesc în fluidul articulațiilor inflamate, precum și în circulație. Un mecanism atât de rapid a fost probabil responsabil pentru instalarea acută a simptomelor de artrită ale lui Rachel, în timp ce ea robotea pentru cina de Roș Hașana la care nu avea să participe. Gravitatea simptomelor din timpul primului atac a indicat gravitatea reacției emoționale reprimate a acesteia fată de situația cu fratele său.

Caracteristicile *cronice* ale bolii autoimune se răsfrâng asupra întregului super-sistem PNI; în special conexiunile creier-hormon-imunitate. Ipoteza conform căreia dezechilibrele PNI induse de stres sunt responsabile din punct de vedere fiziologic pentru apariția crizelor din bolile autoimune se bazează pe numeroase dovezi științifice.

9 9

Elaborarea numeroaselor mecanisme posibile prin care stresul acționează prin sistemul PNI pentru a provoca boli autoimune presupune prea multe detalii științifice pentru scopurile noastre. Este suficient să afirmăm că aparatul de stres al corpului și, în special, producerea hormonului-cheie al stresului, cortizolul, se dezechilibrează prin suprastimulare cronică. Secreția normală de cortizol de către suprarenale reglează sistemul imunitar și amortizează reacțiile inflamatorii declanșate de produșii celulelor imune. In artrita reumatoidă, există răspunsuri mai scăzute de cortizol la stres decât cele normale: putem vedea de ce este activitatea imună afectată și de ce apare inflamația în exces. Pe de o parte, sistemul imunitar nu mai are control și atacă corpul pentru a cauza inflamația, iar pe de altă parte, reacțiile antiinflamatorii necesare sunt slăbite și ineficiente.

Cu siguranță nu este o coincidență faptul că singurul tratament medicamentos folosit consecvent în toate bolile autoimune este corticosteroidul suprarenal, cortizolul - sau, mai exact, analogii săi sintetici. Cortizolul este hormonul fundamental la răspunsul la stres și cel pe care studiile îl arată dereglat în urma stresului cronic. Boli ale țesuturilor conjunctive autoimune, de la LES și artrita reumatoidă la sclerodermie și spondilita anchilozantă reflectă epuizarea și întreruperea mecanismelor normale de control al stresului din organism.

Epuizarea este cuvântul care mi-a venit în minte când un fost pacient de-ai mei cu spondilită anchilozantă și-a descris viața înainte ca boala să se instaleze, ba chiar și după aceea. Robert este un lider marcant al forței de muncă din Columbia Britanică. L-am intervievat în biroul său. Un bărbat solid și amabil, care se apropie de 50 de ani, Robert vorbește cu o voce rezonantă și cu umor din inimă. Când trebuie să se întoarcă să răspundă la telefon sau să te privească dintr-un unghi puțin diferit, își rotește tot trunchiul. Practic, nu există mișcare a coloanei vertebrale. „Totul este amorțit de la gât până la fund“, spune el.

Când avea 25 de ani, Robert a început să aibă dureri în călcâie, urmate de 12 ani de durere neîntrerupte în articulațiile umerilor și ale claviculei. A fost la doctori de câteva ori, dar a renunțat repede.

- Ei spun în continuare că este vorba despre asta și aia, sau că nu este asta sau aia. Nu îți oferă nimic pentru alinare. Ce altceva să mai faci?

In cele din urmă, a consultat un reumatolog, după cinci ani de dureri la șold și în picioare.

- Mi-am menajat piciorul stâng până în punctul în care stăteam culcat în pat într-o noapte, iar partenera mea a observat că un picior era mai mic decât celălalt - mușchii s-au atrofiat, deoarece nu îi folosisem. Desigur, s-a speriat și m-a făcut să merg la doctor.

In cei 12 ani de la debutul simptomelor și până la diagnosticul său, Robert nu a lipsit niciodată de la lucru. In multe privințe, povestea lui era tipică. Fiecare funcționar sindical pe care l-am tratat în practica mea a fost mai mult decât suprasolicitat. Solicitările pe vremea lor erau enorme, ca să nu mai vorbim despre stresul inerent la locul de muncă, despre conflictul constant și strategiile politice, orele prelungite imprevizibil, ședințele, sarcinile care nu se termină niciodată. Robert spune:

- Planurile noastre de pensionare în mișcarea forței de muncă sunt foarte, foarte bune. Motivul pentru care avem planuri de pensii foarte bune este că nimeni nu trăiește până la 65 de ani pentru a-și încasa pensia... sau foarte puțini! De aceea, planul de pensii pentru aceia aflați în mișcarea sindicală este atât de tare. Nimeni nu se pensionează.

Când a început boala reumatică, Robert străbătea cu avionul aproximativ 160 000 km pe an, pe tot teritoriul Americii de Nord. In 1976, pe care îl numește cel mai rău an pentru el, se afla pe drum de patru luni și jumătate.

- N-am văzut casa în tot acel timp. Lucram la o grevă în sudul SUA, deoarece eram într-o uniune internațională care nu avea pe altcineva cu calificările necesare. Am fost în Arkansas, Oklahoma și Georgia, lucrând 12 până la 14 ore pe zi, șase zile pe săptămână.

El dormea în „timpul care îi mai rămânea".

- Ce se întâmpla cu viața ta personală?

- Soție, doi copii. Munca din mișcarea sindicală ucide întotdeauna căsătoriile. Nu știu pe niciunul dintre prietenii mei să fie căsătoriți tot cu primele soții. Sunt țipi cu care am început în 1973, unii decedați, dar unii au

avut două sau trei, iar un tip a avut cinci căsătorii! Munca asta te macină și apoi te aruncă. Nu ești niciodată prezent și nu îți aduci contribuția niciodată. Acum îmi pare rău. La vremea aceea, eram prea prost ca să îmi pară rău. Nu am înțeles ce aveam. Am acum o relație strânsă cu copiii mei - au crescut. Nu mi-1 amintesc prea bine pe fiul meu când era adolescent și copilaș; ei bine, am fotografii. Nici măcar nu am știut că am o fiică până când a împlinit 20 de ani. Nu cred că mi-am pus întrebări despre asta, deoarece toți ceilalți faceau același lucru. Făcea parte din cultură. Căsniciile terminate și băutura erau ceva obișnuit. Am fost primul din grupul meu de colegi care s-a oprit din consumul de alcool.

Robert spune că are o personalitate dependentă nu doar de muncă. „Băutură, droguri, femei, jocuri de noroc - și tot tacâmul. N-am băut din 2 septembrie 1980, ora 19:40. Aceea a fost ultima dată când am băut o bere. M-am săturat să mă trezesc pe podea cu limba lipită de covor și să mă simt ca naiba. Și de fumat m-am lăsat de 132 de ori. Problema este că m-am apucat de 133 de ori. Asta este singura dependență de care nu am reușit să scap.

Ce l-a atras pe Robert către organizarea sindicală și ce îl menține dedicat acesteia este oportunitatea de a îmbunătăți viețile oamenilor și de a lucra pentru o societate mai echitabilă. „De aceea nu spui niciodată nu. întotdeauna mai sunt multe de făcut. Lista nedreptăților nu se scurtează niciodată. Sunt foarte norocos să pot contribui la transformarea acestei lumi într-una mai bună.“

Robert a dezvoltat acum capacitatea de a spune nu cererilor excesive. Interesant - și poate nu întâmplător -, mai constată el, este că spondilita lui anchilozantă, cu sudarea completă a coastelor și a vertebrelor, i-a conferit un avantaj neașteptat în exprimarea emoțională. ,^m un avantaj față de alții în ceea ce privește exprimarea furiei. îmi mușc limba. N-am țipat niciodată la nimeni. Nu trebuie să strig, pentru că pot să spun cuvinte doar controlându-mi respirația. Unul dintre lucrurile bune în ceea ce privește SA este că îți înțepenește coastele, astfel încât îți sunt blocate în față și în spate. “ Robert explică faptul că, atunci când oamenii se supără și pierd controlul reacțiilor furioase, respiră superficial, folosind mușchii intercostali pentru a

umfla cavitatea toracică și pentru a trage astfel aer în plămâni. Din cauza SA, el nu poate face acest lucru.

- Pentru a avea o voce mai puternică și un control mai mare asupra modului în care vorbești, trebuie să respiri din diafragmă. Dacă nu respiri acolo, o faci superficial și coastele se mișcă înăuntru și în afară. Intestinele mele se ridică și coboară, pentru că trebuie să respir din diafragmă. In diafragmă există un control muscular mult mai mare decât în partea superioară a coastelor. De asemenea, oferă un control emoțional mai bun și asigură o mai bună alimentare cu oxigen a zonelor gândirii din creier. înainte, trebuia să lucrez la asta. Cum coastele mele au înțepenit, nu am avut de ales.

- Cât de interesant. învățătorii de respirație yoghină ne spun mereu să respirăm folosind diafragma. Este un lucru sănătos de făcut. Boala ta te-a obligat să faci asta.

- îmi dă puterea clarității. Știi când majoritatea oamenilor sunt furioși, pentru că țipă la tine. Asta este modul verbal prin care pot exprima furia. Cu respirația mea așa cum e ea, trebuie să vorbesc în fraze mai scurte, să îmi scurtez cuvintele și să rostesc mai tare, mai degrabă decât să răcnesc. Controlarea respirației îți permite să îți controlezi starea de spirit și furia - prin control, vreau să spun că o folosești pentru a ajunge unde dorești.

în timp ce Robert vorbea, am fost șocat de capacitatea nefirească a naturii de a da lecții despre boli adulților care, într-o lume mai bună, ar trebui să fie învățate în copilărie și în deplină sănătate. Un studiu a indicat un fapt interesant, și anume că până și inflamația dureroasă a artritei reumatoide ar putea servi funcției de protecție: sensibilitatea articulară a fost legată de o *scădere* a stresului după o săptămână. Cercetătorii au conchis: „Rezultatele au concluzii clinice importante. Interacțiunea dinamică dintre evenimentele conflictuale si durerile articulare descrie un sistem homeostatic în care)

interacțiunea socială negativă este reglată prin înrăutățirea bolii.—

Cu alte cuvinte, răbufnirea bolii a forțat pacienții să evite interacțiunile stresante. Corpul spune nu.

Note:

149 C.E.G. Robinson, „Emoțional Factors and Rheumatoid Arthritis“, *Canadian Medical Association Journal,* voi. 7, 15 august 1957, pp. 344-345.

150 B.R. Shochet et al., ‚A Medical-Psychiatric Study of Patients with Rheumatoid Arthritis“, *Psychosomatics,* voi. 10, nr. 5, septembrie-octombrie 1969, p. 274.

151J. Bowlby, *Attachment,* ed. a 2-a, Basic Books, New York, 1982, p. 377.

152 R. Otto și I.R. Mackay, „Psycho-Social and Emoțional Disturbance in Systemic Lupus Erythematosus“, *MedicalJournal of Australia,* 9 septembrie 1967, pp. 488—493.

153 J. Bowlby, *Loss,* Basic Books, New York, 1980, p. 69.

154 Idem, *Attachment,* p. 68.

155 M. Hagmann, ‚A New Way to Keep Immune Cells in Check“, *Science,* 1945.

156 P. Marrack și J.W. Kappler, „How the Immune System Recognizes the Body“, *Scientific American,* septembrie 1993.

15. Z G.F. Solomon și R.H. Moos, „The Relationship of Personality to the Presence of Rheumatoid Factor in Asymptomatic Relatives of Patients with Rheumatoid Arthritis“, *Psychosomatic Medicine,* voi. *TJ,* nr. 4, 1965, pp. 350-360.

158 M.W. Stewart et al., „Differential Relationships between Stress and Disease Activity for Immunologically Distinct Subgroups of People with Rheumatoid Arthritis“, *Journal of AbnormalPsychology,* voi. 103, nr. 2, mai 1994, pp. 251-258.

152 DJ. Wallace, „The Role of Stress and Trauma in Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus“, *Seminars in Arthritis*

and Rheumatism, voi. 16, nr. 3, februarie 1987, pp. 153-157.

160 S.L. Feigenbaum et al., „Prognosis in Rheumatoid Arthritis: A Longitudinal Study of Newly Diagnosed Adult Patients", *The American Journal of Medicine,* voi. 66, martie 1979.

161 J.M. Hoffman et al., ‚An Examination of Individual Differences in the Relationship between Interpersonal Stress and Disease Activity Among Women with Rheumatoid Arthritis", *Arthritis Care Research,* voi. 11, nr. 4, august 1998, pp. 271-279.

162 J.M. Hoffman et al., „Examination of Changes in Interpersonal Stress as a Factor in Disease Exacerbations among Women with Rheumatoid Arthritis", *Annals of Behavioral Medicine,* voi. 19, nr. 3a, vara 1997, pp. 279-286.

163 L.R. Chapman et al., ‚Augmentation of the Inflammatory Reaction by Activity of the Central Nervous System", *American Medical Association Archives of Neurology,* voi. 1, noiembrie 1959.

164 J.M. Hoffman et al., *loc. cit.* („Examination of Changes in Interpersonal Stress...")

CAPITOLUL 14

Un echilibru minunat: biologia relațiilor

O pacientă de-ale mele, o copilă de șapte ani, a fost programată pentru o operație cardiacă la British Columbia Children's Hospital. Fusese deja supusă la două operații pentru o anomalie cardiacă congenitală. Părinții ei erau familiarizați cu procedura și își doreau schimbarea uneia dintre regulile sălii de operație. Anterior, fiica lor fusese supărată și se zbătuse la momentul trezirii, când era legată de targă, înconjurată de străini purtând măști, brațul fiindu-i ținut cu forța în timp ce i se introducea un cateter intravenos. De data aceasta, ei doreau să stea cu ea până când anestezicele își faceau efectul și adormea. Deși personalul spitalului a crezut că, dacă părinții ar fi prezenți, copilul se va desprinde greu și va fi cu atât mai recalcitrant, s-au descurcat. Procedura de anestezie a fost efectuată fără dificultate.

Practica tradițională a spitalului de excludere a părinților a ignorat importanța relațiilor de atașament ca reglatori ai emoțiilor, comportamentului și fiziologiei copilului. Starea biologică a copilului este foarte diferită în cazul prezenței parentale și a absenței acesteia. Producția neurochimică, activitatea electrică în centrii emoționali ai creierului, ritmul cardiac, presiunea sangvină și nivelurile serice ale diferiților hormoni legați de stres variază semnificativ.

Viață este posibilă numai în anumite limite bine definite, interne sau externe. Nu putem supraviețui mai mult, să spunem, cu un nivel ridicat al zahărului în fluxul sangvin decât putem rezista la niveluri ridicate de radiații emanate de o explozie nucleară. Rolul autoreglării, emoționale sau fizice, poate fi asemănat cu al unui termostat care menține constantă temperatura într-o locuință, în ciuda condițiilor meteorologice extreme din exterior. Când mediul devine prea rece, sistemul de încălzire pornește. Dacă aerul se supraîncălzește, aerul condiționat începe să funcționeze. In lumea animalelor, autoreglarea este ilustrată de capacitatea creaturii cu sânge cald de a supraviețui mai multor variații extreme de căldură și frig fără să se

răcească sau să se supraîncălzească -opusul unei specii cu sânge rece. Aceasta din urmă este limitată la o gamă mult mai restrânsă de habitate, deoarece nu are capacitatea de autoreglare a mediului intern.

Copiii și puii de animale nu au practic nicio capacitate de autoreglare biologică; stările lor biologice interne - ritmurile cardiace, nivelurile hormonale, activitatea sistemului nervos - depind în totalitate de relațiile lor cu adulții îngrijitori. Emoțiile precum dragostea, frica sau furia servesc nevoilor de protecție personală, menținând în același timp relații esențiale cu părinții și alți îngrijitori. Stresul psihic este reprezentat de orice amenință percepția tinerei ființe asupra unei relații sigure cu adulții, fiindcă orice perturbare a relației provoacă turbulențe în mediul intern.

Relațiile emoționale și sociale rămân influențe biologice importante dincolo de copilărie. „Este posibil ca autoreglarea independentă să nu existe nici la matur i ta te “, scria în 1984 dr. Myron Hofer, pe atunci la Departments of Psychiatry and Neuroscience de la Albert Einstein College of Medicine din New York. „Interacțiunile sociale continuă să joace un rol important în reglarea de zi cu zi a sistemelor biologice interne pe tot parcursul vieții.Răspunsul nostru biologic la problemele puse de mediu este influențat profund de context și de relațiile care ne leagă de alte ființe umane. După cum un cercetător marcant a exprimat:,Adaptarea nu se produce în întregime în individ.

Ca specie, nu am evoluat ca ființe solitare, ci ca animale sociale, a căror supraviețuire era condiționată de legături emoționale puternice cu familia și tribul. Legăturile sociale și emoționale sunt o parte integrantă a structurii noastre neurologice și chimice. Știm cu toții acest lucru din experiența zilnică a schimbărilor fiziologice dramatice din corpul nostru, pe măsură ce interacționăm cu alții. „Iar ai ars pâinea“ provoacă reacții fizice considerabil diferite de la un om la altul, depinzând dacă este spusă cu furie sau cu un zâmbet pe buze. Când luăm în considerare istoria evoluției noastre și dovezile științifice pe care le avem la îndemână, este chiar absurd să ne imaginăm că sănătatea și boala ar putea fi înțelese vreodată în izolare față de rețelele noastre psiho-emoționale. „Premisa de bază este că, la fel ca în cazul altor animale sociale, homeostaza fiziologică umană și starea finală de sănătate sunt influențate nu numai de fizic, ci și de mediul social."— Dintr-

o astfel de perspectivă *biopsihosocială,* biologia individuală, funcționarea psihică și relațiile interpersonale și sociale lucrează împreună, fiecare influențând-o pe cealaltă.

Joyce este o profesoară de lingvistică aplicată în vârstă de 44 de ani. Stresul autoimpus, a observat ea, este un factor major în apariția simptomelor ei astmatice. „Cred că, de fiecare dată când am un episod, este momentul în care accept mai mult decât pot să mă descurc. Chiar dacă am impresia că mă descurc, cumva corpul meu spune că nu sunt în stare." „Timp de zece ani, am fost membru al facultății. Mai mulți ani, am fost singura femeie. In prezent, situația s-a schimbat, de fapt; simt că eforturile mele au fost răsplătite. Acum există patru femei, ceea ce este bine, dar, în interior, a trebuit să accept întotdeauna multe lucruri. A trebuit să îmi dovedesc mie că pot. Nu au cutezat niciodată să titularizeze o femeie în departamentul meu. A existat un climat prea puțin favorabil ideilor femeilor sau profesoarelor." „Interiorizam mulți *ar trebui să.* Era foarte greu. Problema mea era că nu puteam spune *nu.* Pentru mine, să spun *nu* însemna un gol incredibil, de care mă speriam. Am făcut multe lucruri doar pentru a umple golul."

In toamna și iarna care au trecut, astmul lui Joyce a fost deosebit de problematic. Ea a trebuit să folosească doze mai mari decât cele obișnuite de medicamente inhalate pentru a-și deschide căile respiratorii și pentru a contracara inflamația din plămâni. „îmi dau seama că boala mă face să spun nu. Ca parte a unui schimb, urma să mă duc la Baltimore, și am spus că nu pot merge. Acest lucru s-a întâmplat și cu alte ocazii. Am anulat unele lucruri, spunând că am un atac de astm, așa că nu pot face nimic. încă mă ascund după ceva. Nu sunt dispusă să spun doar: «Nu fac asta.»"

în astm, din grecescul „a respira greu", există o îngustare reversibilă a bronhiolelor, căile respiratorii mici din plămâni, deoarece fibrele musculare care le încercuiesc încep să se contracte. în același timp, căptușeala bronhiolelor se umflă și se inflamează. Toate componentele aparatului PNI sunt implicate în astm: emoții, nervi, celule imune și hormoni. Descărcările nervoase pot îngusta căile respiratorii ca răspuns la mulți stimuli, inclusiv emoții. Sistemul imunitar este responsabil pentru inflamarea căptușelii bronhiolare, cealaltă caracteristică a astmului. Umflarea căptușelii căilor

respiratorii și acumularea de resturi inflamatorii în bronhiole reprezintă consecințele finale.

Nu inhalarea, ci fluxul de aer din bronhiolele îngustate este afectat de astm. Astmaticul are dificultăți la expirare și simte că pieptul începe să i se strângă. Plămânii încearcă să elibereze căile de acces înfundate, activând reflexul de tuse. In episoade acute, expirațiile greoaie produc zgomote șuierătoare din bronhiolele înguste, ca atunci când strângi buzele să fluieri. In cazuri mai blânde, singurul simptom este o tuse iritantă. La unele persoane, astmul este cronic, pe când altele îl simt doar intermitent.

In funcție de predispoziția individuală, atacurile astmatice pot fi declanșate de orice, de la alergeni la exerciții fizice, temperaturi reci sau medicamente cum ar fi aspirina, până la plâns și râs, infecții respiratorii virale și excitație. Astmul este una dintre puținele boli recunoscute de medicina generală ca având o componentă importantă minte-corp. Emoțiile joacă un rol major în a sensibiliza o persoană, indiferent care este declanșatorul imediat - aspirină, aer rece sau anxietate. Stresul emoțional cronic sensibilizează și sistemul imunitar, astfel încât acesta devine excesiv de reactiv la orice factor declanșator.

9

Un alt mod prin care emoțiile afectează astmul este prin hormoni. Hormonii glucocorticoizi - hormonii steroizi antiinflamatori, în special cortizolul - sunt secretați de glandele suprarenale la semnalele sistemului hipotalamo-hipofizar din creier. Un răspuns al cortizolului diminuat de către o axă HPA afectată promovează inflamarea. La Universităt Trier, Germania, un studiu a constatat la copiii afectați de dermatită atopică (eczeme, erupții alergice cu mâncărimi) sau de astm că au o producție diminuată de cortizol ca răspuns la stres. „Atunci când li se cere să spună o poveste sau să facă matematică mintal, acești copii prezintă o creștere mai mică a concentrațiilor de glucocorticoizi în salivă decât colegii sănătoși/— De fapt, hormonii sintetici cu cortizol sunt o parte esențială a tratamentului pentru astm.

Multe studii despre astmatici au dovedit o puternică asociere între gravitatea bolii si stările emoționale declanșate de relații.[1]^[2] Cercetătorii

care au analizat 9 9

9 9

interacțiunile dintre părinți și copiii astmatici au identificat tipare caracteristice de atașamente nesigure. Anxietatea de separare a fost observată la copiii cu astm într-un grad mai mare nu numai în comparație cu grupurile de control, ci și în comparație cu copiii suferind de fibroză chistică, o boală pulmonară congenitală, mult mai gravă.[120] Cu alte cuvinte, gravitatea bolii nu a fost cauza anxietății.

In condiții de testare, un studiu a examinat modelele de respirație ale copiilor astmatici cu vârsta cuprinsă între 2 și 13 ani, utilizând comparația cu un grup de control sănătos. Fiecare copil a ascultat înregistrările vocii mamei și ale unei străine. „Indiferent de tonul vocii, copiii astmatici au prezentat modele de respirație anormale atunci când au ascultat vocea mamei lor, nu atunci când au ascultat vocea unei străine. Acest rezultat interesant a sugerat că există un efect emoțional specific asupra respirației, contrar celui anticipat dacă subiectul si-ar fi considerat mama liniștitoare/[1]

== 9

9

In studiile germane, copiii astmatici aveau mai multe șanse decât omologii lor sănătoși să se angajeze în interacțiuni lungi, agravante, reciproc negative, cu mamele și tații lor. Părinții lor au manifestat un comportament mai critic față de ei decât părinții altora.[122] In ceea ce privește măsurile obiective, când copiii astmatici s-au simțit frustrați sau criticați, fluxul de aer din plămâni s-a diminuat, indicând o îngustare a căilor respiratorii. Fluxul de aer scăzut a fost și el semnalat atunci când copiilor cu astm li s-a cerut să își amintească incidentele care au implicat furie sau teamă intensă.

Stresul care poate induce astm la un copil nu este recunoscut în mod necesar ca atare nici de pacient, nici de familie. Dr. Salvador Minuchin de la Philadelphia Child Guidance Clinic a analizat astmul și alte boli ale copilăriei. In opinia sa, copiii foarte sensibili aleg indicii subconștiente din mediul înconjurător, în special în ceea ce privește stările emoționale ale părinților lor. El a remarcat că sistemele familiale în care copiii dezvoltă

boli au în comun patru caracteristici: situații încâlcite, supra-protecție (control), rigiditate și lipsa soluționării conflictelor. „Un sistem familial cu încâlciri patologice este caracterizat de un grad ridicat de reacție și implicare. Acest lucru se poate observa în interdependența relațiilor, intruziunile în limitele personale, percepția slab diferențiată a autonomiei personale și a altor membri ai familiei, precum și a granițelor [...] șubrede/'[122]

Una dintre recentele crize de astm ale lui Joyce, care a persistat câteva luni după incidentul inițial, a avut loc după o reuniune de familie. Episodul, în care

se simțea atacată de fratele ei mai mare a adus în discuție emoțiile de spaimă și furia reprimată din copilărie. „Când eram mică, acționam de teama furiei afișate. Nu am fost niciodată lovită, dar a fost foarte multă furie în familia mea - a tatălui și a fratelui meu. Mama mea era complice. Nu m-a apărat de furie. Nu era neapărat îndreptată spre mine, dar era în jurul meu. M-am simțit neajutorată. O parte din incapacitatea mea de a spune nu a fost întotdeauna acea teamă de neplăceri, de a fi în situații dificile. Chiar și acum mi se pare dificil să abordez situațiile problematice. Tot timpul era acest nivel scăzut de furie. Tatăl meu era cel drept. Avea o expresie de așa natură pe chip, un anumit timbru vocal. Tonul era întotdeauna irațional, ca răspunsul unui copil în fața lumii. Nu era ca al unui adult. N-am putut să suport - eram speriată de el. Nu m-am simțit niciodată în siguranță. Tatăl meu are acum 82 de ani. Nu se dezlănțuie la fel de mult, pentru că este destul de bătrân. Fratele meu este o persoană foarte furioasă; el se dezlănțuie tot timpul și poate fi devastator." „Doar să spun ce s-a întâmplat în toamna aceasta... La sfârșitul lunii noiembrie este ziua de naștere a fiului meu - sase ani. Părinții mei au venit din

Seattle și fratele meu ni s-a alăturat. Am luat cina împreună. El iar a întrecut măsura - critic, mânios, în direcția mea. Asta s-a întâmplat vineri. Sâmbătă era ziua fiului meu și eram foarte supărată. M-am trezit luni dimineața și nu am putut vorbi, nu am putut merge, nu am putut face nimic."

Un studiu australian recent a subliniat importanța relațiilor sociale pozitive în ceea ce privește modularea stresului. Au fost intervievate 514 femei care aveau nevoie de biopsii de sân. Mai puțin de jumătate dintre ele au fost ulterior diagnosticate cu cancer, iar celelalte cu tumori benigne. Rezultatele au evidențiat o interacțiune semnificativă între factorii de stres puternic cu amenințarea vieții și a sprijinului social. *Femeile care se confruntă cu un factor de stres evaluat în mod obiectiv ca amenințător și care nu au avut un sprijin emoțional intim au prezentat o creștere de nouă ori a riscului de apariție a carcinomului mamarF^*

Cei care au făcut studiul au rămas surprinși. Aceștia scriu: „Constatarea interacțiunii dintre evenimente grave care amenință viața și absența sprijinului social a fost *oarecum neașteptată,* având în vedere absența efectului de independență." Totuși, nu este mai surprinzătoare decât aceea că persoanele care nu știu să înoate fără vestă de salvare nu sunt expuse riscului de înecare -cel puțin, nu înainte de a fi aruncați în apă adâncă. Să ne amintim din primul capitol cum studenții de la medicină, sub stresul examenelor, și-au diminuat activitatea sistemului imunitar, dar cum cei mai izolați dintre ei au fost cei mai vulnerabili. Funcționarea fiziologică a ființelor umane este inseparabilă - chiar și în teorie, și cu atât mai mult în practică - de legăturile emoționale și sociale care ne ajută să ne susținem.

Un studiu de 17 ani de monitorizare a locuitorilor din districtul Alameda, California, a analizat posibilele legături dintre profilul social al oamenilor sau sentimentul de izolare și debutul cancerului. In acest studiu prospectiv, niciunul dintre adulții înscriși la început nu avea cancer. „Factorul de risc de interes major în cazul femeilor pare izolarea socială nu numai pentru faptul că sunt izolate, ci și că se *simt* izolate. [...] Având în vedere efectul emoțiilor asupra reglării hormonale, nu este puțin probabil ca izolarea să aibă un efect direct de încurajare a dezvoltării acestor tipuri de cancer.Cercetătorii au grupat tipurile de cancer în mamar, ovarian și uterin, corelându-le cu producția de hormoni.

Nu toți oglindim modul în care suntem afectați fiziologic de factorii de stres social și interpersonal sau de alte presiuni externe. Ce reflectă aceste diferențe individuale, în afară de temperamentul înnăscut? Un factor-cheie este dezvoltarea emoțională. Poate copilul din primul exemplu ar avea

nevoie de o operație în plus la 25 de ani. Nu va mai avea nevoie ca mama și tatăl să îl țină de mâna când i se administrează anestezicul. Va avea o autoreglare suficientă, astfel încât nici activitatea neurotransmițătoare, nici hormonii de stres să nu fie în dezechilibru în absența părinților. Nu este totuși de la sine înțeles că, la maturitate, obținem automat independența emoțională. La orice vârstă, răspunsurile noastre la potențialii factori de stres sunt profund influențate de gradul în care funcționarea emoțională este în continuare dominată de nevoile, temerile si neliniștile noastre. [9]

9

Conform teoriei sistemelor familiale bine formulate de regretatul psihiatru american dr. Murray Bowen, boala nu este un eveniment biologic simplu întâmplat într-o ființă independentă. O vizualizare a sistemelor familiale recunoaște legăturile în fiecare moment al funcționării fiziologice a indivizilor. De la sine înțeleasă în relația dintre mamă și fat, această legătură fiziologică nu se termină cu nașterea sau chiar cu maturizarea fizică. După cum am văzut, relațiile rămân reglatori biologici importanți pe parcursul vieții.

O idee fundamentală în teoria sistemelor familiale este *diferențierea,* definită drept „capacitatea de a fi în contact emoțional cu alții, totuși autonom în funcționarea ta emoțională". Persoana slab diferențiată „nu are o limită emoțională impusă între sine și alții și nu are o «graniță» care să împiedice ca procesul său de gândire să fie copleșit de procesul trăirilor emoționale. Ea absoarbe automat anxietatea de la alții și generează o mare anxietate în sine"[1]^.

Persoana bine diferențiată răspunde dintr-o acceptare deschisă a propriilor emoții, care să nu fie adaptate nici la așteptările altcuiva, nici să li se opună. Aceasta nu își suprimă sentimentele și nici nu le exprimă impulsiv. Dr. Michael Kerr, fost coleg al lui Murray Bowen, este în prezent director la Georgetown University Family Center din Washington, D.C. Dr. Kerr face distincție între două tipuri de diferențiere: *diferențierea funcțională* și *diferențierea de bază.* Cele două tipuri par identice, dar, din perspectiva sănătății și a stresului, sunt două lumi diferite.

Diferențierea funcțională se referă la capacitatea unei persoane de a funcționa *pe baza relațiilor cu ceilalți.* De exemplu, poate că îmi fac treaba

bine numai când alte persoane - angajații mei, soția, copiii - absorb neliniștile mele nerezolvate prin faptul că suportă temperamentul meu urât, obiceiurile proaste, lipsa de angajament emoțional sau chiar comportamentul abuziv. Dacă ar respinge rolurile pe care eu le atribui, m-aș pierde cu firea. Acesta ar fi un exemplu de diferențiere funcțională. Pe de altă parte, capacitatea mea de a funcționa este independentă de faptul că ceilalți trebuie să facă munca emoțională în locul meu - adică, dacă eu pot rămâne în continuare legat de ceilalți, rămânând totodată deschis emoțional fată de ei si fată de mine însumi -, atunci s-ar spune că am o diferențiere de bază. Cu cât este mai puțin diferențiată o persoană, cu atât este mai predispusă să treacă prin stres emoțional si boală. >)

Intr-un studiu al stresului, adaptării și imunității, 1 400 de cădeți militari din West Point au fost monitorizați timp de patru ani. Au fost testați psihologic și li s-au făcut periodic teste de sânge pentru a li se analiza sensibilitatea la virusul Epstein-Barr, agentul cauzator al mononucleozei infecțioase. Cei mai susceptibili de a contracta virusul sau de a dezvolta boala clinică au avut în comun următoarele: ambiții mari pentru ei înșiși, lupta academică, tați cu rezultate foarte bune.[122] Putem vedea aici relația dintre stres și nevoia percepută de a se ridica la nivelul așteptărilor părinților - adică între mediul biologic intern și nevoia continuă a copilului de a obține acceptarea.

Intr-un alt studiu, femeile căsătorite erau asociate unui număr egal de femei divorțate. In cadrul grupului de femei căsătorite, calitatea și satisfacția conjugală au fost evaluate prin intermediul rapoartelor făcute de acestea. Activitatea sistemului imunitar a fost analizată prin probe de sânge prelevate de la fiecare participantă. Calitatea conjugală mai slabă a fost „puternic și pozitiv" raportată la un răspuns imunitar mai slab. In grupul de femei divorțate, cei doi factori psihologici cel mai strâns asociați cu funcționarea imună redusă au fost timpul scurs de la despărțire (cu cât mai recent este eșecul căsătoriei, cu atât suprimarea imunitară este mai mare) și gradul de atașare al femeii de fostul soț (cu cât este mai mare atașamentul emoțional, cu atât funcția imună este mai slabă).[122] Femeile cu autoreglare mai mare, mai puțin dependente emoțional de o relație care nu funcționase pentru ele, au avut sisteme imunitate mai puternice. O diferențiere mai mare înseamnă o sănătate mai bună.

Partenerul mai puțin puternic din orice relație absoarbe o cantitate disproporționată de neliniște comună - acesta este motivul pentru care sunt tratate femeile într-un număr mai mare decât bărbații de anxietate sau depresie. (Problema aici nu este *forța,* ci *puterea,* adică cine răspunde nevoilor cui?) Nu este vorba despre faptul că aceste femei sunt mai dezechilibrate din punct de vedere psihic decât soții lor, deși aceștia din urmă par să funcționeze la niveluri mai ridicate. Dezechilibrată este relația, astfel încât femeile absorb stresul și neliniștile soților, trebuind să și le limiteze pe ale lor.

Ne amintim că Nancy, soția unui bărbat cu colită ulcerativă, era exasperată de stresul provocat de atitudinea obsesivă și rigidă a soțului său.[122] Boala lui Tim a fost controlată în mod rezonabil de-a lungul anilor. Nancy a absorbit efectiv o mare parte din anxietatea lui, dar pe socoteala ei. Nancy este tratată acum pentru depresie și anxietate și declară că se apropie de capătul frânghiei.

„Mă simt de parcă aș avea încă un copil, deoarece îl întrețin. Acum înțeleg că am patru copii de care sunt responsabilă. Sunt părinte pentru noi doi. Mi-am reprimat nevoile emoționale de foarte mult timp, fără să îmi dau seama. Este înspăimântător să cred acum că nici măcar nu am știut acest lucru, până când nu am avut o mini-criză.“ Dacă Nancy renunță la rolul de cultivare unilaterală a relației, Tim poate suferi o izbucnire a colitei - dacă nu învață să își asume o responsabilitate emoțională mai mare.

Partenerul care trebuie să înăbușe mai mult propriile nevoi de dragul relației probabil va dezvolta și boala fizică - de aici și incidența mai mare a bolii autoimune și a tipurilor de cancere neatribuite fumatului în rândul femeilor. „Existența unei legături minte-corp și a unei legături persoană-persoană înseamnă că este posibil ca *anxietatea* unei persoane să se manifeste ca *simptom fizic* la cealaltă", scrie dr. Kerr. „Așa cum este în cazul disfuncțiilor emoționale, cel care tinde să dezvolte simptome este soțul/soția care se adaptează cel mai mult pentru a menține armonia în relație."—

Scopul final al naturii este de a stimula creșterea individului de la dependența absolută la independență - sau, mai exact, la interdependența adulților maturi care trăiesc în comunitate. Dezvoltarea este un proces de trecere de la o reglare externă completă la autoreglare, în măsura în care

programarea noastră genetică permite acest lucru. Persoanele cu o bună autoreglare sunt cele mai capabile să interacționeze în mod fructuos cu alți membri dintr-o comunitate și să își educe copiii care se vor transforma și ei în adulți capabili de autoreglare. Orice interferență cu această agendă naturală amenință șansele organismului de supraviețuire pe termen lung. Aproape de la începutul vieții vedem o tensiune între nevoile complementare de securitate și autonomie. Dezvoltarea necesită o trecere treptată și adecvată cu vârsta de la nevoile de securitate la orientarea către autonomie, de la atașament la individualizare. Nici nu se pierde cu totul și nici nu este menită să predomine în detrimentul celuilalt.

Cu o capacitate sporită de autoreglare la maturitate, apare și o nevoie sporită de autonomie - pentru libertatea de a face alegeri reale. Orice subminare a autonomiei este resimțită ca sursă de stres. Stresul este amplificat ori de câte ori lipsește puterea de a reacționa eficient la mediul social, fizic sau când animalul sau omul testat se simte neajutorat, fără o alegere de făcut - cu alte cuvinte, atunci când autonomia este subminată.

Autonomia trebuie însă exercitată într-un mod care să nu perturbe relațiile sociale de care depinde și supraviețuirea, fie că este vorba despre intimitate emoțională, fie despre persoane importante - angajatori, colegi, persoane cu autoritate socială. Cu cât capacitatea emoțională pentru autoreglare se dezvoltă mai devreme, cu atât mai mult adulții depind de relațiile de menținere a homeostazei. Cu cât dependența este mai mare, cu atât amenințarea cu pierderea sau nesiguranța acestor relații este mai mare. Astfel, *vulnerabilitatea la stresul subiectiv și fiziologic va fi proporțională cu gradul de dependență emoțională.* >

Pentru a minimaliza stresul din relațiile amenințate, o persoană poate renunța la o parte din autonomia sa. Totuși, aceasta nu este o formulă sănătoasă, deoarece pierderea autonomiei este ea însăși o cauză a stresului. Renunțarea la autonomie crește nivelul stresului, chiar dacă la suprafață pare necesară de dragul „siguranței" într-o relație și chiar dacă ne simțim în mod subiectiv ușurați atunci când câștigăm „siguranță" în acest mod. Dacă îmi reprim cronic nevoile emoționale pentru a mă face „acceptabil" pentru alți oameni, cresc riscurile de a fi nevoit să plătesc prețul sub formă de boală.

Cealaltă modalitate de a se proteja de stresul relațiilor amenințate este renunțarea la emoții. Pentru a se simți în siguranță, persoana vulnerabilă se retrage din calea celorlalți și respinge intimitatea. Acest stil de adaptare poate evita anxietatea și bloca experiența subiectivă de stres, dar nu și fiziologia ei. Intimitatea emoțională este o necesitate psihică și biologică. Cei care construiesc ziduri împotriva intimității nu sunt autoreglați, ci doar înghețați emoțional. Stresul cauzat de nevoile care nu și-au găsit rezolvarea este ridicat.

Sprijinul social contribuie la ameliorarea stresului fiziologic. Legăturile strânse dintre sănătate și mediul social au fost demonstrate amplu. In studiul efectuat în districtul Alameda, cei mai izolați din punct de vedere social erau mai pasibili la boli de multe tipuri. In trei studii separate privind îmbătrânirea populației, riscurile de mortalitate pe cinci ani au fost asociate direct cu integrarea socială: cu cât o persoană a avut mai multe legături sociale, cu atât riscul de deces a fost mai scăzut. Un grup de cercetători a conchis: „Legăturile sociale și sprijinul rămân indicatori puternici ai morbidității, independenți de orice asociere cu alti factori de risc.“—

Prin urmare, pentru adult, reglarea stresului biologic depinde de un echilibru delicat între siguranța socială și cea a relațiilor, pe de o parte, și autonomia reală, pe de altă parte. Orice deranjează acest echilibru, indiferent dacă persoana este sau nu conștientă, constituie o sursă de stres.

Note:

165 M.A. Hofer, *loc. cit.*

166 R. Buck, *op. cit.,* p. 42.

167 T.E. Seeman și B.S. McEwen, *loc. cit.*

168 E. Pennisi, „Neuroimmunology: Tracing Molecules That Make the Brain-Body Connection“, *Science,* voi. 275, 14 februarie 1997, pp. 930-931.

169 G. Affleck et al., „Mood States Associated with Transitory Changes in Asthma Symptoms and Peak Expiratory Flow“,

Psychosomatic Medicine, voi. 62, pp. 62-68.

1ZQ D.A. Mrazek, „Childhood Asthma: The Interplay of Psychiatric and Physiological Factors", *Advances in Psychosomatic Medicine,* voi. 14, 1985, pp. 16-32.

171 *Ibidem,* p. 21.

172 I. Florin et al., „Emoțional Expressiveness, Psychophysiological Reactivity and Mother-Child Interaction with Asthmatic Children", în *Emoțional Expressiveness, Inhibition and Health,* Pennebaker și Treve, pp. 188-189.

172 S. Minuchin et al., ‚A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children, Family Organization and Family Therapy", *Archives of General Psychiatry,* voi. 32, august 1975, pp. 1031-1038.

174 M.A. Price et al., „The Role of Psychosocial Factors in the Development of Breast Carcinoma. Part II: Life Event Stressors, Social Support, Defense Style, and Emoțional Control and Their Interactions", *Cancer,* voi. 91, nr. 4, 15 februarie 2001, pp. 686-697.

175 P Reynolds și G.A. Kaplan, „Social Connections and Risk for Cancer: Prospective Evidence from the Alameda County Study“, *Behavioral Medicine,* toamna 1990, pp. 101— 110.

176 Pentru o analiză completă despre diferențiere, vezi M.E. Kerr și M. Bowen, *Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory,* W.W. Norton & Company, New York, 1988, capitolul 4, pp. 89-111.

177 S.E. Locke, „Stress, Adaptation, and Immunity: Studies in Humans", *General Hospital Psychiatry,* voi. 4, 1982, pp. 49-58.

178 J.K. Kiecolt-Glaser et al., „Marital Quality, Marital Disruption, and Immune Function", *Psychosomatic Medicine,* voi. 49, nr. 1, ianuarie-februarie 1987.

172 *Vezi* capitolul 10. *(N. a.)*

180 M. E. Kerr și M. Bowen, *op. cit.,* p. 182.

181 T.E. Seeman și B.S. McEwen, *op. cit.,* p. 459.

CAPITOLUL 15 Biologia pierderii

Rachel, a cărei inflamație la nivelul articulațiilor reumatoide a izbucnit prima oară în ajun de Roș Hașana, este o femeie fragilă, cu o înălțime de doar 1,52 metri. Stând pe canapea în sufrageria ei, pare și mai mică din cauza ursului uriaș de pluș sprijinit lângă. Există ceva la ea care indică înfometarea, amintind de copilul prematur, subnutrit și privat de emoție care a fost. „Când m-am născut, eram sufocată de tot lichidul amniotic care îmi umpluse plămânii. Am petrecut primele patru săptămâni într-un incubator. In 1961 nu se știa că nou-născuții din incubatoare trebuie totuși să fie atinși. Așa că prima mea lună de viață a însemnat ace, împunsături și electroșocuri. Mama nu a venit, pentru că trebuia să aibă grijă de fratele meu. Dacă tatăl meu a venit, nu știu."

Consecințele privării emoționale și tactile din prima lună de viață ar fi putut fi depășite dacă Rachel s-ar fi bucurat de relații cultivate ulterior, dar asta nu avea să se întâmple. Scopul vieții ei a fost un eșec încă dinainte de a se naște. Mama ei, care sperase că sarcina va menține căsătoria, a fost abandonată de soț chiar înainte de nașterea lui Rachel. Ne putem imagina starea de spirit a mamei, fiind singură și având grijă de un copil mic - fratele lui Rachel - și de nou-născută.

In asemenea împrejurări, necesitatea de a-și justifica existența a devenit a doua natură pentru Rachel - nu este *prima* natură a nimănui. Așteptarea ei fundamentală este că va fi abandonată. „Dacă cineva ajunge să mă cunoască, mă părăsește sigur", spune ea. A fost uimită când, în ultima vacanță, a primit mai multe invitații de la oameni să îi viziteze. Faptul că o persoană ar dori-o fără să aștepte nimic în schimb este imposibil de înțeles pentru ea.

De la diagnosticul cu artrita reumatoidă, Rachel a început terapia. Ca urmare, este mai capabilă decât înainte să știe ce simte în orice moment. Furia este emoția pe care încă o recunoaște cel mai greu. De obicei, furia se trezește în ea când crede că este umilită sau respinsă, ca de exemplu recent, când mama ei a criticat-o pentru alegerea unui terapeut. „Ea nu a putut

înțelege de ce aș folosi o parte din ajutorul social pentru terapie, în loc să merg la un psihiatru finanțat de sistemul medical. Am găsit în sfârșit o persoană cu care să pot comunica, iar mama mea se gândește doar la partea financiară." Cu toate acestea, în loc să afirme calm că trebuie să facă singură alegeri, Rachel a argumentat și a pledat pentru înțelegerea mamei sale.

Schimbul ranchiunos a dus la o săptămâna de anorexie, modul în care dirija toată furia spre sine.

Atunci când se cere afirmarea sinelui, Rachel își înghite mânia și încearcă să se justifice, să împace sau să se implice într-o interacțiune concepută să convingă cealaltă persoană să „priceapă". Aceste eforturi sunt răspunsurile automate ale copilului vulnerabil care lucrează intens să îi comunice părintelui nevoile sale. Teama și frica de abandon o obligă să reprime orice emoție care ar putea determina respingerea ei.

Pe de altă parte, iepurele care-i ține companie lui Rachel este foarte sensibil la stările emoționale ale proprietarei lui. Când Rachel este furioasă, iepurele refuză pur și simplu să fie luat în brațe. „Dacă știu că sunt furioasă, o las în pace. Dacă sunt furioasă, dar nu știu, nu mă lasă să o ating - ea îmi transmite, eu verific în interior și descopăr că sunt furioasă în legătură cu ceva." Deși pare ciudat pentru unii, explicația este simplă. Oamenii și animalele de companie se conectează prin structuri cerebrale comune care datează dinaintea dezvoltării cortexului uman frontal cu aparatul lui de limbaj și raționalitate. Animalele și oamenii interacționează prin sistemele lor limbice, părțile emoționale ale creierului. Spre deosebire de oameni, animalele sunt foarte sensibile la mesajele creierului - atât ale propriului creier, cât și ale proprietarilor. In furia inconștientă a lui Rachel, iepurele simte o amenințare.

Cum se face că o ființă umană are nevoie de un iepure ca să o facă să știe că este furioasă? Răspunsul simplu este condiționarea din copilărie. Niciun copil nu se naște cu înclinația de a-și reprima exprimarea emoției - dimpotrivă. Oricine a încercat vreodată să forțeze un sugar să înghită alimente pe care nu le agreează sau să convingă un copil mic chiar să deschidă gura atunci când nu vrea să mănânce poate depune mărturie cu privire la capacitatea inerentă a micuței ființe de a rezista la constrângere și

de a-și exprima nemulțumirea. De ce începem să înghițim hrană pe care nu o dorim sau sentimentele pe care părinții noștri nu le doresc? Nu din vreo înclinație naturală, ci din nevoia de supraviețuire.

Numai unele aspecte ale experiențelor din copilărie sunt disponibile să le găsim conștient. Rachel, de exemplu, își amintește sentimentul de respingere și umilire pe care îl simțea urmărindu-i pe tatăl și fratele ei la distanță, în timp ce ei doi mergeau înainte îmbrățișați. Ea este conștientă și de istoricul ei la naștere, deși nu își poate aminti direct acest lucru. Cu toate acestea, chiar și fără astfel de informații, avem mărturia infailibilă despre experiența ei din copilărie: lipsa de speranță în ceea ce privește intimitatea; pledoariile continue pentru a obține înțelegere din partea mamei, în ciuda a aproape 40 de ani de inutilitate; și încrederea ei într-un iepure ca senzor pentru furie. Aceste comportamente reprezintă un sistem de memorie extrem de precis, unul care a fost imprimat în creier în stadiile incipiente ale dezvoltării sale. Acel sistem de memorie i-a condus comportamentul toată viața și, în cele din urmă, a pregătit terenul pentru debutul bolii autoimune.

Biologia potențialelor boli apare la începutul vieții. Mecanismele de reacție la stres ale creierului sunt programate prin experiențe care sunt inițiate încă de la bun început, la fel ca amintirile implicite, inconștiente, care guvernează atitudinile și comportamentele noastre față de noi înșine, față de ceilalți și de lume. Cancerul, scleroza multiplă, artrita reumatoidă și celelalte boli pe care le-am examinat nu sunt schimbări abrupte în viața adultă, ci culmi ale proceselor pe tot parcursul vieții. Interacțiunile umane și imprimarea biologică care au modelat aceste procese au avut loc în perioade din viața noastră de care nu ne putem aminti conștient.

Interacțiunea emoțională nesatisfacătoare copil-părinte este o temă care se desfășoară pe parcursul a 100 de interviuri amănunțite pe care le-am realizat pentru această carte. Pacienții suferă de o gamă largă de boli, dar elementele comune din poveștile lor sunt pierderea sau relațiile timpurii profund nesatisfacătoare din punct de vedere emoțional. Privarea emoțională din copilărie a adulților cu boli grave este verificată printr-un număr impresionant de investigații raportate în literatura medicală și psihologică.

într-un studiu italian, s-a raportat că femeile cu cancer genital s-au simțit mai puțin aproape de părinții lor decât cele din grupul de control sănătoase.

De asemenea, au fost mai puțin disponibile din punct de vedere emoțional. — Un studiu european de mari dimensiuni a comparat 357 de paciente cu cancer cu 330 de subiecți-control. Femeile bolnave aveau mai puține șanse decât cele din grupul de control de a-și aminti casele din copilărie într-o aură pozitivă. Până la 40% dintre pacientele cu cancer au suferit moartea unui părinte înainte de vârsta de 17 ani - un raport de pierdere parentală de două ori și jumătate mai mare decât fusese suportat de către grupul de control.[1]^

Am citat un studiu de monitorizare pe 30 de ani efectuat asupra studentelor la medicină de la Universitatea Johns Hopkins. Acele absolvente ale căror interviuri inițiale în cadrul școlii au demonstrat o apropiere mai mică decât cea normală de părinții lor erau în special expuse riscului. Pe la mijlocul vieții, acestea erau mai susceptibile să se sinucidă, să se îmbolnăvească sau să sufere de tensiune arterială ridicată, de boli cardiace coronariene sau de cancer. într-un studiu similar, studentele de la Harvard au fost intervievate cu privire la percepția lor asupra îngrijirii parentale. După 35 de ani, starea de sănătate a acestor femei a fost reexaminată. La mijlocul vieții, doar un sfert dintre studentele care raportaseră percepții pozitive privind îngrijirea părintească erau bolnave. Prin comparație, aproape 90% dintre cele care au considerat negativă educația emoțională parentală erau bolnave. *Evaluările simple și directe ale sentimentelor de iubire sunt legate semnificativ de starea de sănătate,* au conchis w • • 1QA cercetătorii.—

Contactul tactil este experiența timpurie a nou-născutului cu lumea. Așa primim dragostea pentru prima oară. La mamifere, mamele activează invariabil stimularea tactilă a puilor - șobolanii își ling puii, primatele îi mângâie. Ashley Montagu scrie în cartea sa superbă, *Touching: The Human Significance of the Skin-.* „Diversele forme prin care nou-născuții și cei mici primesc atingerea sunt de o importanță majoră pentru dezvoltarea lor sănătoasă fizică și comportamentală. Este posibil ca, pentru oameni, stimularea tactilă să fie de o importanță fundamentală pentru dezvoltarea unor relații emoționale sau afective sănătoase, ca «linsul», în sensul lui real și figurativ și dragostea să fie strâns legate; pe scurt, că dragostea se învață nu prin lecții, ci prin iubire/

în urma experimentelor pe animale, se știe că atingerea fizică induce o producție a hormonilor de creștere, contribuind semnificativ la o creștere a greutății și la dezvoltare. Aceste constatări se aplică și ființelor umane. într-un studiu asupra bebelușilor prematuri, sugarii incubați au fost împărțiți în două grupe. Toate condițiile lor nutriționale și de altă natură au fost identice, cu excepția unei variabile: unui grup i s-au acordat 15 minute de activitate tactilă de trei ori pe zi, pe o perioadă de două săptămâni. ‚Această formă de stimulare pentru nou-născuți a avut ca rezultat o accelerare semnificativă a creșterii în greutate, o circumferință crescută a capului și indici comportamentali ameliorați", în comparație cu grupul de control.[1]^ Lipsa de atingere pe care Rachel a trăit-o i-a afectat dezvoltarea fizică și, în același timp, i-a dat primul sentiment că nu era dorită sau iubită. Evenimentele ulterioare i-au consolidat primele impresii.

Interacțiunile cu lumea ne programează dezvoltarea fiziologică și psihică. Contactul emoțional este la fel de important ca acela fizic. Cele două se aseamănă foarte mult, așa cum recunoaștem când vorbim despre experiența emoțională de a simți *atingerea.* Organele noastre senzoriale și creierul oferă interfața prin care relațiile noastre modelează evoluția de la vârsta fragedă la maturitate. Interacțiunile social-emotionale influențează decisiv dezvoltarea creierului uman. Din momentul nașterii, ele reglează tonul, activitatea și dezvoltarea super-sistemului psiho-neuro-imuno-endocrin. Modurile noastre caracteristice de a trata stresul psihic și fizic sunt stabilite în primii ani de viață.

Neurocercetătorii de la Harvard au studiat nivelurile de cortizol ale orfanilor crescuți în groaznic de neglijatele orfelinate înființate în România în timpul regimului ceaușist. în aceste facilități, raportul îngrijitor-copil era de 1 la 20. Cu excepția unor îngrijiri rudimentare, copiii erau rareori ridicați din pătuț sau atinși. Se îmbrățișau singuri și afișau simptome de depresie, tipice oamenilor sau primatelor abandonate la o vârstă fragedă. La testele de salivă, nivelurile cortizolului erau anormale, ceea ce indica faptul că axele lor hipotalamo-hipofizo-suprarenale fuseseră deja afectate.— După cum am văzut, au fost observate disfuncționalități ale axei HPA în boli autoimune, cancer și alte boli.

Intuitiv, este ușor de înțeles de ce abuzurile, traumele sau neglijența extremă din copilărie au consecințe negative. Dar de ce multe persoane suferă de boli legate de stres fără să fi fost abuzate sau traumatizate? Aceste persoane nu suferă pentru că au trecut prin ceva negativ, ci pentru că le-a fost refuzat ceva pozitiv. După cum a scris dr. Myron Hofer, directorul The Division of Developmental Psychobiology la Columbia University, într-o ediție specială a publicației *Psychosomatic Medicine* în 1996: „Paradoxul rămâne, cum s-ar putea ca *absența* unui lucru sau a cuiva să creeze astfel de tulburări. [...] *Trebuie să existe o biologie a pierderii și trebuie să o găsim."*^-

Devine mai clar modul în care absența unui lucru sau a unei persoane creează tulburări fiziologice, dacă ne amintim discuția despre stres. Toți factorii de stres reprezintă absența, amenințarea sau realitatea unor caracteristici esențiale ale mediului, caracteristici pe care organismul le consideră necesare pentru supraviețuire. In *What Is Stress,* S. Levine și H. Ursin scriu: „Stimulii de stres indică faptul că lipsește ceva sau este pe punctul de a disparea și că acest lucru este foarte relevant și de dorit pentru organism.

Pentru orice pui de ființă cu sânge cald, viața este imposibilă fără părinte. Puii de om depind de adulți mult mai mult decât descendenții oricăror alte specii, din motive care depășesc cu mult nevoile fizice imediate. Părinții care îi îngrijesc sunt mai mult decât furnizori de hrană, adăpost, informații privind deprinderile de viață și protecție împotriva prădătorilor. După cum s-a arătat în exemplul trist al orfanilor români, părinții sunt și autoritățile biologice de reglare a sistemelor fiziologice și emoționale imature ale copilului. Dragostea parentală nu este doar o experiență emoțională caldă și plăcută, ci este o condiție biologică esențială pentru dezvoltarea fiziologică și psihică sănătoase. Dragostea și atenția părinților determină maturizarea optimă a circuitelor creierului, a sistemului PNI și a axei HPA.

Creierul nou-născutului uman este mai mic și mai puțin matur, în raport cu creierul adult, decât al oricărui alt mamifer. Un cal, prin comparație, poate alerga în prima zi de viață - o activitate pentru care noi nu avem circuitul nervos necesar, capacitățile vizual-spațiale și coordonarea musculară pentru încă un an și jumătate sau mai mult. Motivul anatomic simplu pentru intrarea în lume atât de anevoioasă din punct de vedere neurologic este

dimensiunea capului nostru. La naştere, capul copilului are cel mai mare diametru al corpului. Este cel mai probabil să se înțepenească în canalul naşterii. In acelaşi

timp în care capul uman a crescut ajustat la capacitățile intelectuale şi de control manual din ce în ce mai complicate ale creierului, pelvisul uman s-a redus pentru a permite o deplasare mai echilibrată pe două picioare. Nu poți merge pe două picioare cu pelvisul unui cal. Astfel, creşterea dimensiunii capului a evoluat împreună cu pelvisul redus; dacă creierul nostru ar fi fost mult mai mare la sfârşitul gestației, nimeni nu s-ar mai fi născut vreodată.

Trei sferturi din creşterea creierului şi aproape 90% din dezvoltarea creierului au loc după naştere, în principal în primii trei ani de viață. Imediat după naştere, creierul uman, singur printre creierii mamiferelor, continuă să crească în aceeaşi măsură în afara uterului cum a facut-o şi în interior. In primele luni şi după, există o dezvoltare extrem de rapidă şi complexă a conexiunilor nervoase - a sinapselor. Noi formăm uneori milioane de noi sinapse într-o secundă.

Desfăşurarea oricărui proces evolutiv depinde nu numai de potențialul genetic moştenit, ci şi de condițiile de mediu. Nici cea mai fină şi mai rezistentă tulpină de grâu nu va creşte într-un sol arid. Decenii de cercetare neuronală au stabilit că o cerință indispensabilă de dezvoltare a creierului uman este cultivarea interacțiunilor emoționale cu părintele. Interacțiunile emoționale stimulează sau inhibă dezvoltarea celulelor si circuitelor nervoase

>

prin procese complicate care implică eliberarea de substanțe chimice naturale. Pentru a da un exemplu oarecum simplificat, când evenimentele „fericite" sunt trăite de sugar, endorfinele - „substanțele chimice recompensă", opioidele naturale ale creierului - sunt eliberate. Endorfinele încurajează înmulțirea şi conexiunile celulelor nervoase. Invers, în studiile pe animale, s-a demonstrat că nivelurile continuu ridicate de hormoni de stres, cum ar fi cortizolul, determină o contracție a centrilor cerebrali importanți.

Circuitele neuronale și neurochimia creierului se dezvoltă ca răspuns la informațiile din mediu. Un sugar cu ochi perfect buni la naștere ar deveni ireversibil orb dacă ar fi închis într-o cameră întunecată timp de cinci ani, deoarece circuitele vederii necesită stimularea undelor de lumină pentru dezvoltarea ei. O competiție „darwiniană" alege supraviețuirea neuronilor și a sinapselor: cele care sunt folosite supraviețuiesc și se dezvoltă. Cele private de o stimulare adecvată a mediului se atrofiază, mor sau nu se dezvoltă optim.

Un obiectiv fundamental al dezvoltării umane este apariția unei ființe umane autonome, care se autoreglează, care poate trăi împreună cu alte ființe umane într-un context social. Vitală pentru dezvoltarea sănătoasă a neurobiologiei autoreglării copilului este relația cu părintele în care acesta vede și înțelege sentimentele copilului și poate răspunde cu o empatie adaptată la indiciile emoționale ale copilului. Emoțiile sunt stări de excitare fiziologică fie pozitive -„vreau mai mult din acest lucru“ -, fie negative - „vreau mai puțin din acest lucru“. Sugarii și copiii mici nu au capacitatea de a-și regla stările emoționale și, prin urmare, sunt expuși din punct de vedere fiziologic la epuizare și chiar la moarte, dacă stările nu sunt reglate prin interacțiunea cu părintele. Apropierea de părinte contribuie, prin urmare, la menținerea reglării biologice a sugarului.

Autoreglarea necesită activități coordonate din zone cerebrale separate din punct de vedere anatomic, împreună cu dominarea benignă a regiunilor superioare mai recent dezvoltate ale creierului asupra regiunilor inferioare. Cea mai veche parte a creierului - și esențială pentru viață - este *trunchiul cerebral,* unde apar impulsurile primitive de supraviețuire ale „creierului reptilian“ și unde sunt controlate funcțiile de bază autonome, inclusiv - printre altele -foame, sete, impulsuri cardiovasculare și respiratorii și temperatura corpului. Cea mai nouă parte a creierului uman este *neocortexul* din fața creierului. *Cortexul* înseamnă „scoarță", ca scoarța unui copac, și se referă la marginea subțire a materiei cenușii care învelește materia albă a creierului. Compus în mare parte din corpurile celulelor nervoase sau neuronilor, cortexul procesează cele mai evoluate activități ale creierului uman. Acest *cortex prefrontal* modulează răspunsurile noastre către lume nu în termeni de impulsuri primitive, ci de informații învățate despre ce este prietenos, neutru sau ostil, ce este util din punct de vedere

social și ce nu. Funcțiile sale presupun controlul impulsurilor, inteligența și motivația socială și emoțională. O mare parte din activitatea de reglare a cortexului nu înseamnă atât *inițierea* de acțiuni, cât *inhibarea* impulsurilor care apar în centrii cerebrali inferiori.

Medierea între procesele de reglare ale cortexului și funcțiile de bază de supraviețuire din trunchiul cerebral se face prin sistemul emoțional *limbic.* Sistemul limbic include structuri situate între cortex și trunchiul cerebral, dar și unele părți ale cortexului. Sistemul limbic este esențial pentru supraviețuire.

Fără acesta, capacitățile de reglare și gândire ale cortexului ar funcționa precum creierul unui savant nebun: cunoștințele sale intelectuale ar fi deconectate de la 9 9

informațiile reale ale lumii. 9

Emoțiile interpretează lumea pentru noi. Acestea au o funcție de semnal, spunându-ne despre stările noastre, deoarece sunt afectate de informațiile din exterior. Emoțiile sunt răspunsuri la stimulii prezenți, filtrate prin memoria experienței trecute; ele anticipează viitorul pe baza percepției noastre asupra trecutului. Structurile cerebrale responsabile pentru experiența și modularea emoțiilor fie în cortex, fie în mezencefal se dezvoltă ca răspuns la aportul parental, la fel cum circuitele vizuale se dezvoltă ca răspuns la lumină. Sistemul limbic se maturizează prin „citirea" și încorporarea mesajelor emoționale ale părintelui. Centrii memoriei, conștientă și inconștientă, se bazează pe interacțiunea cu părintele pentru consolidarea lor și pentru viitoarele interpretări ale lumii. Circuitele responsabile pentru secretarea unor neurotransmițători importanți, cum ar fi serotonina, norepinefrina și dopamina - esențiale pentru stabilitatea stării de spirit, excitație, motivație și atenție -, sunt stimulate și se coordonează în contextul relației copilului cu îngrijitorii săi. In creierul puilor de maimuțe au fost măsurate dezechilibre grave ale acestor substanțe neurochimice după doar câteva zile de la separarea de mamele lor.

In interacțiunea părinte-copil se stabilește percepția copilului față de lume: fie că este o lume a dragostei și acceptării, o lume a indiferenței, în care trebuie să se înrădăcineze și să insiste pentru a avea nevoile satisfăcute sau,

mai rău, o lume a ostilității, în care trebuie să se mențină permanent o hiper-vigilență apăsătoare. Relațiile viitoare vor avea ca șabloane circuitele nervoase stabilite în relațiile noastre cu primii îngrijitori. Ne vom înțelege pe noi înșine după cum ne-am simțit înțeleși, ne vom iubi așa cum am perceput că suntem iubiți la cele mai profunde niveluri inconștiente, vom avea grijă de noi cu toată compasiunea pe care am perceput-o în adâncul nostru în copilărie.

Perturbarea relațiilor de atașament cu sugarii și copiii poate avea consecințe pe termen lung asupra aparatului de reacție la stres al creierului și asupra sistemului imunitar. Prin efectuarea unui număr mare de experimente pe animale s-a stabilit o legătură puternică între perturbările de atașament timpuriu și dezechilibrul capacităților de reacție la stres în rândul adulților. Esența acestei cercetări este faptul că întreruperea atașamentului sugarului conduce la reacții exagerate la stres fiziologic în cazul adulților. Din contră, cultivarea interacțiunilor de atașament în acea perioadă asigură reacții la stres modulate biologic mai bine la adulți.

Pentru satisfacerea nevoilor de atașament la oameni, este nevoie de mai mult decât de proximitate fizică și atingere. La fel de importantă este și legătura emoțională, în special calitatea *armonizării* — un proces în care părintele „se adaptează" la nevoile emoționale ale copilului, un proces subtil. Este profund instinctiv, dar ușor subminat atunci când părintele este stresat sau distras emoțional, financiar sau din orice alt motiv. Armonizarea lipsește și dacă părintele nu a primit-o niciodată în copilărie. Atașamentul puternic și dragostea există în multe relații părinte-copil, dar fără armonizare. Copiii din astfel de relații se simt iubiți, dar la un nivel mai profund nu se simt apreciați pentru ceea ce sunt cu adevărat. Ei învață să îi prezinte părintelui doar partea „acceptabilă", reprimând răspunsurile emoționale pe care părintele le respinge și învățând să se respingă pe ei înșiși pentru că au asemenea răspunsuri.

Bebelușii ai căror îngrijitori au fost prea stresați, indiferent de motiv, pentru a le oferi contactul necesar armonizării vor creste cu tendința cronică de a se) >

simți singuri cu emoțiile lor, de a simți - pe bună dreptate sau nu - că nimeni nu poate împărtăși ce simt ei, că nimeni nu îi poate „înțelege". Vorbim aici

nu despre lipsa de dragoste părintească, nici despre separarea fizică dintre părinte și copil, ci despre un gol în percepția copilului de a fi văzut, înțeles, privit cu empatie și de a fi „priceput" la nivel emoțional. Fenomenul de apropiere fizică, dar separare emoțională, a fost numit *proximate separation* — are loc atunci când contactul dintre părinte și copil lipsește sau este întrerupt din cauza solicitărilor asupra părintelui care îl îndepărtează de interacțiune. Un exemplu de astfel de ruptură apare când, în timpul unei interacțiuni plăcute, de privit ochi în ochi, părintele se uită în altă parte. O altă pauză de acordaj are loc dacă părintele insistă asupra stimulării unui copil în repaus, deoarece el (părintele) dorește implicarea reciprocă, chiar și când copilul are nevoie în acel moment de un răgaz de la intensitatea interacțiunii lor.

„Experimentele pe primate arată că sugarii pot suferi reacții severe de separare, deși mamele lor sunt disponibile vizual, dar nu psihic“, scrie psihologul UCLA, teoreticianul și cercetătorul Allan Schore. *„Sunt de părere că* proximate separation *este un fenomen obișnuit și puternic în dezvoltarea timpurie a personalității?*^[2] Părinții sunt prezenți fizic, dar absenți emoțional. Astfel de interacțiuni între părinți și copii constituie din ce în ce mai mult norma în societatea noastră mult prea stresată. Nivelurile de stres fiziologic trăit de copil în timpul procesului de *proximate separation* se apropie de nivelurile trăite în timpul separării fizice. Ea afectează copilul mic pe niveluri fiziologice inconștiente, mai degrabă decât pe niveluri conștiente de gândire-emoție. Nu va fi reamintită mai târziu, pe măsură ce adultul se uită înapoi la experiența copilăriei sale, dar este înrădăcinată ca biologie a pierderii.

Experiențele de *proximate separation* devin parte a programării psihice a persoanei: cele „instruite" în acest mod în copilărie sunt susceptibile să aleagă la maturitate relații care reconfigurează dinamica de *proximate separation* repetată. De exemplu, aceștia aleg parteneri care nu îi înțeleg, nu îi acceptă sau nu îi apreciază pentru cine sunt. Astfel, tensiunile fiziologice induse de *proximate separation* sunt repetate și la maturitate - din nou, adesea fără a fi conștientizate.)

Note:

182 L. Grassi și S. Molinari, „Early Family Attitudes and Neoplastic Disease", rezumate la Fifth Symposium on Stress and Cancer, Kiev, 1984; citate în HJ. Baltrusch și M.E. Waltz, „Early Family Attitudes and the Stress Process - A Life-Span and Personological Model of Host-Tumor Relationships: Biopsychosocial Research on Cancer and Stress in Central Europe", în *Cancer, Stress and Death,* Stacey B. Day (ed.), Plenum Medical Book Company, New York, 1986, p. 275.

183 *Ibidem,* p. 277.

184 L.G. Russek et al., „Perceptions of Parental Caring Predict Health Status in Midlife: A 35-Year Follow-up of the Harvard Mastery Stress Study", *Psychosomatic Medicine,* voi. 59, 1997, pp. 144-149.

185 M.A. Hofer, „On the Nature and Consequences of Early Loss", *Psychosomatic Medicine,* voi. 58, 1996, pp. 570-580.

186 „Kisses and Chemistry Linked in Rats", *The Globe and Mail,* Toronto, 17 septembrie 1997.

187 M.A. Hofer, *loc. cit.*

188 S. Levine și H. Ursin, „What is Stress?" în *Psychobiology of Stress,* S. Levine și H. Ursin (ed.), Academic Press, New York, 1972, p. 17.

189 A. Schore, *Affect Regulation and the Origin of the Seif The Neurobiology of Emoțional Development,* Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 1994, p. 378.

CAPITOLUL 16

Dansul generațiilor

Date fiind informațiile prezentate în capitolele anterioare, poate părea că părinții sunt vinovați pentru evoluția ulterioară a bolii la descendenții lor. O astfel de concluzie este contrară intențiilor mele si nu este susținută științific. > 9 > > >

Stilurile de parenting nu reflectă grade mai mari sau mai mici de dragoste în inima mamei și a tatălui; alți factori mai pământești sunt în joc. Dragostea parentală este infinită și dintr-un motiv foarte practic: creșterea altruistă a copilului este încorporată prin atașament creierului de mamifer.

Dacă *sentimentele* unui părinte sunt constrânse, asta este doar pentru că acel părinte a trecut el însuși printr-un rău profund. In munca mea cu toxicomani în cartierul Downtown Eastside al orașului Vancouver, tratez mulți oameni dependenți de substanțe. Așa înăspriți cum sunt - cu cazierele lor, în continuă căutare de droguri, cu HIV și cu viața lor socială hărțuită și marginală -, durerea cea mai profundă pe care o au toți este legată de copiii pe care i-au abandonat sau care le-au fost luați. Fără excepție, ei înșiși au fost abuzați sau abandonați în copilărie.

In cazul în care părinții nu comunică acceptarea necondiționată a copilului, acest lucru se întâmplă deoarece copilul primește dragostea părintelui *nu pentru că părintele dorește, ci pentru că este refractată prin personalitatea părintelui.* Dacă părintele este stresat, are o neliniște nerezolvată sau este agitat de nevoi emoționale nesatisfacute, copilul se găsește într-o situație de *abandon proximal,* indiferent de intențiile părintelui. Bune sau rele, multe dintre atitudinile și răspunsurile noastre parentale au de-a face cu propriile experiențe în calitate de copii. Aceste modalități de educație parentală reflectă faptul că o condiționare timpurie a părinților reiese atât din observațiile pe animale, cât și din studiile psihologice sofisticate asupra oamenilor.

Maimuțele rhesus sunt o specie de primate favorizată de investigatorii psihologici datorită dimensiunii lor relativ mici și a îngrijirii ușoare. Intr-o ceată de maimuțe, aproximativ 20% sunt „foarte reactive", mai susceptibile decât altele să prezinte comportamente depresive la separarea de mamă, precum și la activarea mai mare și mai îndelungată a axei HPA, la excitarea peste măsură a sistemului nervos simpatic și suprimarea mai profundă a activității imunitate. In termeni umani, am putea spune că maimuțele cu grad crescut de reactivitate sunt hipersensibile din punct de vedere temperamental. Spre deosebire de omologii lor umani, acestea se situează pe treapta de jos a ierarhiei sociale. Progeniturile lor seamănă cu ele în comportament, reactivitate și statut social. Cercetările au arătat că „destinul constituțional de reactivitate crescută poate fi întrerupt prin schimbarea mediului". Schimbările pozitive sunt transmise generațiilor viitoare: „Atunci când sunt crescute cu precădere de mame grijulii, care le susțin, aceste animale nu prezintă semne ale tulburărilor comportamentale obișnuite. In schimb, ele au manifestat semne de evoluție comportamentală precoce și s-au ridicat în fruntea ierarhiei ca adulți. *Femelele au adoptat stilul matern tipic mamelor care le-au sprijinit**^-

Aceste observații nu se referă la comportamente învățate, strict vorbind. In cea mai mare parte, asemănările părinte-copil în abordarea de creștere nu reflectă învățarea cognitivă nici la animale, nici la oameni. Transmiterea între generații a stilului de parenting este în mare măsură o chestiune de dezvoltare fiziologică, de modul în care circuitele limbice ale creierului sunt programate în copilărie și de modul în care sunt stabilite conexiunile în cadrul super-sistemului PNI. Așa cum am discutat în capitolul anterior, creierul emoțional al copilului se dezvoltă sub influența creierului emoțional al părintelui. Copilul nu învață stilurile de parenting ale mamei și tatălui său prin imitare - numai parțial. Cea mai mare influență asupra viitorului stil de parenting al copilului o are dezvoltarea circuitelor emoționale si de atașament în contextul relației >)) > copilului cu părinții lui. Același lucru este valabil și pentru dezvoltarea aparatului de reacție la stres al copilului.

Un experiment dramatic pe animale este suficient să ilustreze acest principiu. Tranchilizante precum Valium și Ativan aparțin unei clase de medicamente numite *benzodiazepine.* Ca toți agenții farmacologici care

afectează funcțiile mintale, aceștia au efect deoarece anumite zone cerebrale au receptori pentru substanțe naturale tranchilizante similare, fabricate chiar în creier. *Amigdala,* o structură în formă de migdală în lobii temporali ai creierului, este unul dintre principalii reglatori ai răspunsului la frică și anxietate. Este alimentată cu receptori naturali de benzodiazepină care, atunci când sunt activați, calmează reacțiile noastre de teamă. In comparație cu șobolanii adulți care au primit mai puțină susținere, la șobolanii adulți care au fost linși și îngrijiți mai mult de mamele lor, *s-a constatat că amigdala conținea mult mai mulți receptori de benzodiazepină.* îngrijirea maternă a sugarilor a influențat fiziologia reglării anxietății în creierul adultului. Aceste diferențe nu au fost explicate prin factori genetici.^

Deși dezvoltarea psihică a oamenilor este mult mai complicată decât a animalelor, transmiterea între generații a comportamentului de parenting și de stres este, de asemenea, regula generală. Aceasta este similară cu dezvoltarea răspunsului la stres al copilului. După cum a scris un grup de cercetători canadieni: „îngrijirea maternă în timpul copilăriei servește la «programarea» răspunsurilor comportamentale la stres ale progeniturilor, *prin modificarea dezvoltării sistemelor neuronale care mediază teama."*^[31] Pe scurt, mamele care suferă de anxietate sunt susceptibile să educe progenituri anxioase de-a lungul generațiilor.

Cercetătorii au elaborat teste de evaluare a calității legăturii părinte-copil. Multe dintre acestea au fost măsurate de-a lungul a trei generații: între mame adulte și mamele lor și între aceleași mame adulte și propriile fiice. Măsurătorile legăturii între mame și fiice au fost constante pe parcursul generațiilor.[1]^ La adulții care sunt copii ai supraviețuitorilor Holocaustului cu tulburări de stres posttraumatic (PTSD), au fost constatate tulburări ale axei HPA și ale producției de cortizol. Cu cât mai severă a fost PTSD pentru părinți, cu atât mai mare a fost deprecierea mecanismelor de cortizol la copiii lor.^’

Mary Ainsworth, la început o asociată a lui John Bowlby și ulterior profesoară de psihologia dezvoltării la University of Virginia din Charlottesville, a elaborat o metodă de evaluare a modelului și calității atașamentelor părinte-copil. în primul an de viață al copilului, cercetătorii au observat interacțiunile dintre mamă și bebeluș în casă, înregistrând

percepțiile acestora. La un an, fiecare pereche sugar-mamă a fost adusă în laborator pentru un scurt experiment, numit *Situația necunoscută.* „In diverse momente ale procedurii de 20 de minute, sugarul a stat cu mama, cu mama și cu o persoană străină, numai cu persoana străină și singur, până la trei minute. Ideea a fost (și încă este) că separarea unui copil în vârstă de un an de figura lui de atașament în cadrul unui mediu necunoscut ar trebui să activeze sistemul de)

atașament al sugarului. Apoi, ar trebui să se poată studia răspunsurile sugarului la separare și reuniune. Cele mai utile evaluări au rezultat în cadrul episodului de reuniune al acestei paradigme/[1]^

S-a dovedit că răspunsul sugarului la mama care se întoarce a fost programat de modul în care mama a interacționat cu el în primul an de viață. Copiii care primiseră în casă atenția corespunzătoare de la mamele lor arătau semne că la separare le lipseau mamele. Ei le-au întâmpinat la întoarcere prin inițierea unui contact fizic. Au fost calmați ușor și au revenit repede la jocul spontan. Acest pattern a fost numit *securizat.* De asemenea, au existat mai multe modele nesecurizate, denumite *evitante, ambivalențe* sau *dezorganizate.* Copiii atașați nesigur-evitant nu și-au exprimat suferința la separarea de mamă și au evitat sau au ignorat mama la reuniune. Un astfel de comportament nu a indicat o încredere autentică în sine, ci o pseudo-încredere, pe care am observat-o, de exemplu, în cazul pacienților reumatoizi: convingerea că trebuie să depindă doar de ei înșiși, deoarece încercarea de a obține ajutor de la părinte este inutilă. Pe plan intern însă acești sugari atașați nesigur-evitant au fost stresați fiziologic când părintele s-a întors, după cum s-a măsurat prin modificările ritmului cardiac. Bebelușii care se încadrau în categorii nesecurizate fuseseră supuși unui parenting non-acordat în casă. Ei primiseră mesaje implicite de absență emoțională maternă sau mesaje mixte de contact, alternat cu distanța.

Deja de la vârsta de un an, sugarii au manifestat răspunsuri relaționale care le caracterizau personalitățile și comportamentele din viitor. Experimentul *Situația necunoscută* a fost repetat de sute de ori, în multe țări. Observațiile efectuate la vârsta de un an sunt indicatori preciși ai comportamentului în adolescență, inclusiv în ceea ce privește caracteristici precum maturitatea emoțională, relațiile de colegialitate și performanța academică. La toate

aceste măsurători, copiii care au fost bebeluși cu atașament securizat au obținut constant punctaje mai bune decât cei cu atașament nesecurizat. Cu toate acestea, după cum explică Daniel Siegel în cartea *The Developing Mind,* cea mai importantă constatare privind transmiterea între generații a parentingului a fost că *performanța bebelușului în studiul* Situația necunoscută *putea fi prezisă cu precizie chiar înainte de ase naște copilul.*

Profesoara Mary Main de la University of California, Berkeley, fostă studentă a lui Ainsworth, a dezvoltat un mijloc precis de evaluare a modelelor de relații de atașament din copilăria unui adult cu părinții săi. Tehnica ei ia în considerare în primul rând nu *ce* răspundea cineva la întrebări, ci *cum.* Tiparele discursului și cuvintele-cheie pe care „se întâmplă" să le folosească sunt descriptori mai importanți ai copilăriei decât ce cred ei în mod conștient că transmit. Sensul intenționat al cuvintelor reflectă doar convingerile conștiente ale vorbitorului, din care amintirile dureroase sunt adesea excluse. Povestea reală este spusă prin patternurile povestirii - fluent sau cu pauze, detaliat sau caracterizat de o sărăcie de cuvinte, consecvent sau contradictoriu, cu acte ratate freudiene, dezvăluind laturi și argumente aparent lipsite de logică.

Testul elaborat de Mary Main se numește Interviu de Atașament al Adultului (IAA). La fel ca răspunsurile sugarilor în *Situații necunoscute,* discursurile adulților ar putea fi clasificate în conformitate cu liniile care reflectă gradul de securitate pe care l-au avut în interacțiunile timpurii cu părinții lor. Se pare că *IAA este cel mai solid prezicător al modului în care sugarii se atașează de părinții lor.* Cu alte cuvinte, ceea ce un adult dezvăluie inconștient despre propria copilărie în timpul interviului prezice propriile modele de atașament cu copiii săi. Astfel, testele IAA efectuate cu părintele înainte de nașterea unui copil au putut să prevadă cu precizie modul în care copilul s-ar comporta în *Situația necunoscută* după un an de viață. In plus, atunci când acești copii sunt monitorizați două decenii mai târziu, se constată că prestația lor în studiul *Situația necunoscută* a prevăzut cu precizie modelele narative în IAA. Astfel, povestirea IAA a adultului din propria copilărie va prezice adesea modul în care își va crește viitorul copil și, prin urmare, modul în care copilul său, la un an, va răspunde la *Situația necunoscută.* Iar comportamentul copilului în studiu va prezice tipul de

poveste pe care copilul, la rândul lui, o va spune despre copilăria lui 20 de ani mai târziu!

Creşterea copiilor, pe scurt, este un dans al generațiilor. Indiferent ce anume a afectat o generație, dacă nu a fost pe deplin rezolvat, se va transmite la următoarea generație. Lance Morrow, jurnalist și scriitor, lovit de o boală de inimă aproape fatală, a exprimat succint natura multigenerațională a stresului în cartea sa, *Heart,* o relatare nemaipomenit de frumoasă a întâlnirilor sale cu moartea: „Generațiile sunt cutii închise în cutii: în interiorul violenței mamei mele găsiți o altă cutie, care conține violența bunicului meu, și în interiorul acelei cutii (bănuiesc, dar nu știu), veți găsi o altă cutie cu o energie neagră, secretă - povești în povești, sculptând în timp."

Vina devine o idee lipsită de sens dacă înțelegem felul în care istoria familiei se întinde de-a lungul generațiilor. „Recunoaşterea acestui fapt risipeşte repede orice dispoziţie de a-1 vedea pe părinte ca pe un ticălos", scria John Bowlby, psihiatrul britanic a cărui muncă a adus lumină asupra importanței decisive a atașamentului în viața sugarului și a copilului. Pe cine acuzăm?

Dacă vedem că stresul este transmis transgenerațional, putem înțelege mai bine de ce atât de multe dintre poveștile pe care le-am întâlnit în această carte vorbesc despre familii cu generații de boli sau despre mai mulți membri din aceeași generație afectați aparent fără legătură. Câteva exemple la întâmplare:

- NATALIE: scleroză multiplă. Fratele ei cel mare a fost un alcoolic care a murit de cancer la gât. Sora ei mai mică este schizofrenică. Unchii și mătușile ei au fost alcoolici. Bunicul ei matern a fost alcoolic. Soțul ei, Bill, a murit de cancer intestinal. Fiul său are o tulburare de deficit de atenție (hiperactivitate) și s-a luptat cu dependența de droguri.

- VERONIQUE: scleroză multiplă. Ea crede că a fost concepută în timpul unui viol incestuos. În familia sa adoptivă, bunicul matern a fost alcoolic, iar bunica maternă a făcut Alzheimer la 60 de ani.

Printre alte probleme medicale, tatăl său a început să se confrunte de timpuriu cu tensiune arterială ridicată.

- SUE RODRIGUEZ: SLA. Tatăl ei a murit din cauza hepatitei alcoolice; una dintre mătușile ei a murit de un anevrism cerebral, alta într-un incendiu.

- ANNA: cancer mamar. Atât mama, cât și bunica maternă au murit de cancer mamar - dar niciunul prin transmitere genetică. Anna a moștenit o genă de cancer mamar pe linia tatălui. Are două surori: una trăiește cu un alcoolic, cealaltă este bolnavă psihic.

- GABRIELLE: sclerodermie cu trăsături de poliartrită reumatoidă. Părinții ei au fost alcoolici. Fratele ei a suferit o colectomie din cauza cancerului intestinal, iar sora sa a fost diagnosticată recent cu cancer de sân.

- JACQUELINE DU PRE: scleroză multiplă. Bunica ei a fost traumatizată de moartea altor copii în perioada nașterii mamei sale. Mama lui

Jacqueline a murit înaintea ei de cancer, iar tatăl său a făcut Parkinson.

• RONALD REAGAN: cancer de colon, Alzheimer. Tatăl și fratele său au fost alcoolici; a doua soție a făcut cancer mamar. Fiica sa a murit de melanom malign metastatic.

Iți amintești din capitolul 1 scrisoarea indignată a unui reumatolog ca răspuns la articolul meu despre Mary. Sugerasem că experiențele de abuz și abandon din copilăria ei creaseră un așa-zis pattern de adaptare a reprimării și că sclerodermia ei era, parțial, rezultatul acelei istorii. Specialistul a declarat că sclerodermia este o boală moștenită și că argumentele mele nu aveau „nicio credibilitate". Ea a scris: , Acest articol are ca efect dezinformarea publicului larg și atribuirea falsă a responsabilității pentru dezvoltarea sclerodermiei victimelor acestei boli și familiilor lor.“ Acum putem vedea că nu „atribuirea responsabilității" - prin care reumatologul a vrut să spună atribuirea de vină -este problema. Problema centrală este transmiterea neintenționată a stresului și anxietății de-a lungul generațiilor.

O altă pacientă de-ale mele, Caitlin, a murit și ea de sclerodermie. Parcursul ei a fost mult mai rapid decât al lui Mary, pentru că a murit la mai puțin de un an după diagnostic. Am ajuns să o cunosc bine pe Caitlin doar în ultimele luni. Cu toate acestea, am ajutat-o la aducerea copiilor pe lume și am rămas doctorul lor până la diagnosticul de sclerodermie, când a fost la o doctoriță pentru propriile probleme medicale. Caitlin era un suflet bun și liniștit, preocupat de toată lumea în afară de sine. Când era întrebată cum se simte, răspunsul ei era însoțit întotdeauna de un zâmbet cald, modest, care îl proteja pe ascultător de durerea fizică și emoțională pe care le resimțea. Devia repede conversația la problema de interes pentru cealaltă persoană, departe de necazurile ei.

Nu voi uita ultima mea conversație cu Caitlin, la patul ei de spital. Plămânii și inima abia îi mai funcționau; era la mai puțin de 24 de ore înainte de moarte. Am întrebat-o cum se simte. Ea și-a îndreptat imediat atenția spre mine, întrebând ce se întâmpla în viața *mea.* Am spus, cu o oarecare

dezamăgire, că un editorial medical săptămânal pe care îl scrisesem pentru un ziar local fusese, chiar în acea dimineață, respins de redactori. „Ah, a șoptit ea, cu fața întristată de empatie, groaznic pentru tine. Iți place atât de mult să scrii.“ In pragul morții din cauza unei boli care a invalidat-o la vârsta de 42 de ani, lăsând în urmă patru copii și un soț, nu a rostit nicio vorbă despre cât de rău se simțea. >

„A fost o parte de lungă durată a naturii sale să fie veselă și mereu primitoare, indiferent dacă era bolnavă sau nu“, mi-a spus soțul ei, Randy, în cursul unui interviu recent. Potrivit lui Randy, Caitlin „a înmagazinat o mulțime de emoții“, în special când era supărată. Rareori vorbea despre două lucruri: boala terminală și copilăria ei. „Dacă ar fi menționat copilăria ei, ar fi vorba despre cele câteva momente bune pe care le-a avut.“ Din perspectiva lui Randy, au existat toate indiciile că vremurile bune din copilăria soției sale fuseseră puține și rare. Tatăl ei, un om de afaceri de succes, era un tăios și arbitrar distribuitor de sarcini, iar cuvântul lui era lege. Era foarte critic față de Caitlin, cea mai mare dintre cei doi copii. „Am avut impresia că, atunci când părinții ei au conceput-o, a fost un mare inconvenient. Ea a venit prea devreme și chiar nu o doreau. “

Asta a atins o coardă sensibilă în mine. Caitlin fusese o militantă dedicată anti-avort, dar nu genul ostil sau înveninat. Știa că sprijineam dreptul femeilor de a alege dacă să continue sau să își abandoneze sarcina. Pentru că am avut o relație de respect reciproc, ea mi-a scris odată să mă îndemne să nu mai fac referire la paciente din clinicile de avort. In scrisoarea respectivă, spunea: „Dacă avortul ar fi fost legal în momentul în care eu eram fat, aș fi fost abandonată." „Ea a avut sentimentul profund de a nu fi fost dorită", mi-a mărturisit Randy.

Cu ochii în lacrimi, Randy mi-a povestit un incident petrecut mult timp după ce Caitlin se îmbolnăvise: „Stăteam în bucătărie cu toate pilulele acelea pe care trebuia să le ia. Era foarte nefericită. Dintr-odată, a izbucnit în plâns. A zis: «Ah, aș vrea să am o mamă.» Iar mama ei trăia la doar câteva străzi distanță. Nu erau suficient de apropiate emoțional, încât mama să vină să o liniștească și să o ajute sau să o ia în brațe. Aveam o femeie în casă la acel moment. Era acolo, curățând frigiderul. A fost atât de mișcată, încât s-a apropiat și a îmbrățișat-o pe Caitlin. Ce rușine - această persoană

care abia dacă o cunoștea avea mai multă empatie pentru ea decât propria mamă." „Dar nu vreau nici să dau vina pe părinți. Când vezi poveștile lor de familie - ei bine, tatăl mamei sale și-a părăsit familia când era o fetiță. Ea nu a avut un tată, iar mama ei a trebuit să se lupte singură cu toate."

Viziunea lui Randy despre copilăria lui Caitlin a fost confirmată într-un interviu ulterior cu fratele său. „Au existat puțin sprijin emoțional și dragoste în familie", a spus fratele ei. „Tatăl nostru era rău cu noi, iar mamei noastre îi era teamă. Mama mea este o persoană foarte drăguță - o persoană grozavă -, dar niciodată nu rezolva problemele. Tatăl meu a fost pur și simplu un dictator. Nu cred că aveam nici sase ani când eram trimiși la subsol în fiecare sâmbătă să

9

facem curățenie. Nu ni se permitea să venim sus până când curățenia nu era gata. Când faceam asta, lustruiam bocancii de armată ai tatălui meu. Trebuiau să strălucească."

Caitlin, spunea fratele ei, avea „un suflet destul de blând", dar pentru tatăl ei „era doar proastă. Chiar faptul că a mers la universitate era doar o altă bifa. Nu avea niciun respect pentru ce facea ea. Făcea parte din La Leche League (un grup care promovează alăptarea). Tatăl meu își bătea joc de acest lucru. «Cât timp își va hrăni copiii ăia la sân - până când sunt adolescenți?»" După ce a îndurat ani întregi sentimentul că e dominat, chiar și ca adult, fratele s-a despărțit în cele din urmă de tatăl său și a refuzat să îi mai vorbească. „Caitlin a fost foarte preocupată de faptul că mă scosesem singur din familie. Nu putea înțelege de ce am făcut asta. Am încercat să îi spun că era cel mai bun lucru pentru mine, că eram o persoană mai bună așa. Ea n-a reușit să înțeleagă."

Fratele lui Caitlin a plâns în timp ce povestea un incident identic cu cel relatat de Randy. „Pe patul de moarte, cu o zi înainte să moară, în timp ce soția mea o ținea de mână, Caitlin i-a spus: «Aș vrea să am o mamă ca tine. Eu nu am mamă.» Mă gândesc la lumea mamei mele, dar ea nu a fost o mamă bună. Nu era iubitoare." Fratele a dezvăluit și detalii despre istoria familiei care au demonstrat din nou natura multigenerațională a suferinței. A fost un șoc pentru Caitlin și fratele ei să afle adevărul despre cele întâmplate cu bunicul lor. Un unchi care și-a făcut apariția la funeraliile

bunicii lui Caitlin le-a spus că bunicul nu murise atunci când mama lui Caitlin era mică, așa cum fusese povestea familiei, ci își abandonase soția și, mai târziu, divorțase de ea.

Toata viața lor, lui Caitlin și fratelui ei li s-a spus că bunicul murise brusc. „Când o întrebam pe mama ce s-a întâmplat cu tatăl ei, spunea mereu: «A murit când aveam șapte ani, de infarct.» Bunica noastră ne spunea la fel. Eram atât de supărați, pentru că o iubeam și o credeam lumea noastră. Să știm adevărul ar fi însemnat atât de mult pentru noi și pentru relația cu ea. Dar așa a fost întotdeauna. In familia noastră nu vorbești despre probleme mari, ci le ascunzi."

Asemenea minciuni, oricât de intenționat nevinovate, nu protejează niciodată un copil de durere. Există ceva în noi care știe când suntem mințiți, chiar dacă această conștientizare nu ajunge niciodată direct la noi. Să fii mințit înseamnă să fii despărțit de cealaltă persoană. Asta generează anxietatea excluderii și a respingerii. In Caitlin, nu putea decât să întărească percepția că nu este dorită, care se revărsa din asprimea tatălui său și din absența emoțională a mamei.

La mai puțin de un an înainte de debutul sclerodermiei, Caitlin a suferit o respingere majoră, având de-a face cu excluderea ei din afacerea familiei. „Sora mea nu a fost niciodată luată în calcul", spune fratele ei. „Nu părea anormal la momentul respectiv." Caitlin a fost profund dezamăgită de respingere. Nu a adus în discuție niciodată această problemă nimănui, decât fratelui său cu puțin timp înainte de moarte. Și tot continua să mai susțină că el, fratele, trebuia să se întoarcă la familie. „A simțit că era obligația ei, datoria ei, să facă lucrurile corect. Acesta ar fi singurul lucru pe care îl facea Caitlin - să încerce să facă lucrurile mai bine."

Lui Caitlin îi fusese atribuit un anumit rol în sistemul familiei, un rol care îi fusese dat de alte generații. Propria mamă fusese neglijată de părinți de la o vârstă fragedă și putem să presupunem că problemele familiei nu au început în momentul în care bunicul și-a abandonat soția și copiii. Putem fi la fel de siguri că modul dur de a-și crește copiii își avea originea în copilăria lui tulburată. Combinația dintre numeroasele nevoi emoționale nesatisfacute ale părinților a condus la dorința disperată a lui Caitlin de a se face iubită și pregătită pentru rolul îngrijitoarei amabile, blânde și care nu se plânge, care

nu s-a supărat și nici afirmat niciodată. Astfel, răspunsurile de adaptare ale copilului la cererea părinților, dacă sunt repetate suficient, devin trăsături de caracter. Caitlin a adoptat cu succes rolul care i s-a atribuit, dar cu prețul propriei sănătăți. Prețul a fost o viață de stres. Rolul ei și viața s-au încheiat cu o boală autoimună fatală, la decurs de un an de la o respingere profundă, căreia nu i se putea împotrivi.

Hans Selye, fondatorul cercetării stresului, a dezvoltat conceptul de *energie de adaptare.* „Este ca și cum am avea rezerve ascunse de adaptabilitate sau energie de adaptare în tot corpul. [...] Numai atunci când toată adaptabilitatea noastră este epuizată vor urma ireversibil epuizarea generală și moartea. îmbătrânirea este, desigur, procesul normal prin care rezervele de energie de adaptare sunt epuizate. Dar și stresul fiziologic ne îmbătrânește - după cum se spune atunci când oamenii vorbesc despre „a îmbătrâni peste noapte“. Pe parcursul vieții sale, o mare parte din energia de adaptare a lui Caitlin fusese deturnată de la îngrijirea de sine către îngrijirea celorlalți. Funcția ei fusese determinată de dinamica familiei, în copilărie. Când a lovit-o boala, ea nu mai avea energie.

Conceptul de *adaptabilitate* este esențial pentru înțelegerea stresului, sănătății și bolilor. Adaptabilitatea este capacitatea de a răspunde la stresorii externi fără rigiditate, cu flexibilitate și creativitate, fără anxietate și fără a fi copleșit de emoție. Oamenii care nu sunt adaptabili funcționează atât timp cât nimic nu îi deranjează, dar reacționează cu diferite niveluri de frustrare și neputință atunci când se confruntă cu pierderi sau dificultăți. Ei se vor învinovăți sau îi vor învinui pe ceilalți. Adaptabilitatea unei persoane depinde foarte mult de gradul de diferențiere și de adaptabilitate a generațiilor anterioare din familia sa și de felul în care stresorii externi au acționat asupra familiei. Marea Criză Economică interbelică, de exemplu, a fost o perioadă dificilă pentru milioane de oameni. Istoria multigenerațională a anumitor familii le-a permis unora să se adapteze și să facă față, însă altora, care se confruntau cu aceleași lipsuri economice, le-au fost fatale din punct de vedere psihic.

„In medie, familiile și oamenii foarte adaptabili au mai puține boli fizice, iar acele boli care apar sunt mai ușoare, până la moderate", scrie dr. Michael Kerr.

întrucât o variabilă importantă în dezvoltarea bolilor fizice este gradul de adaptabilitate al unei persoane, și deoarece gradul de adaptabilitate este determinat de procesul emoțional multigenerațional, *boala fizică, precum boala emoțională, este un simptom al unui proces relațional care depășește limitele individuale ale „pacientului".* Cu alte cuvinte, boala fizică este o tulburare a sistemului emoțional familial, care include generațiile prezente și trecute.^

Copiii care devin îngrijitorii părinților sunt pregătiți pentru o viață de reprimare. Iar aceste roluri care li se atribuie copiilor trebuie să aibă de-a face cu nevoile nesatisfacute ale părinților - și așa mai departe, din generație în generație. „Copiii nu trebuie să fie bătuți pentru a-i distruge", au subliniat cercetătorii de la McGill Univcrsity.[1]^ Simbioza inadecvată dintre părinte și copil este sursa multor patologii.

Răspunsurile de adaptare obișnuite ale copilului la sistemul familial dau naștere unor trăsături care, cu timpul, se identifică cu „personalitatea" sa. Am observat că personalitatea nu provoacă boli - stresul face asta. Dacă putem vorbi despre o personalitate predispusă la boală, asta se întâmplă fiindcă anumite trăsături - în special reprimarea furiei - sporesc stresul în viața unei persoane. Acum înțelegem de ce idei precum „personalitate reumatoidă" sau „personalitate canceroasă" sunt înșelătoare și din alt motiv: acestea presupun că o persoană este o entitate izolată, nerecunoscând faptul că este situată și modelată de un sistem familial multigenerațional. După cum sugerează dr. Kerr, este mult mai edificator să ne gândim, de exemplu, la o *poziție a cancerului* decât la o personalitate a cancerului. „Ideea de personalitate canceroasă, deși are cu siguranță o anumită valabilitate, se bazează pe teorii individuale de funcționare umană. Poziția cancerului se bazează pe o teorie a sistemelor de funcționare umană. Intr-un sistem familial, existența fiecărui individ este influențată și reglată de existența fiecărei persoane.

Dacă indivizii fac parte dintr-un sistem familial multigenerațional, familiile și indivizii fac parte, de asemenea, dintr-un întreg mult mai mare: cultura și societatea în care trăiesc. Funcționarea ființelor umane nu mai poate fi izolată de contextul social mai larg, ci e integrată, ca a unei albine într-un stup. Prin urmare, nu este suficient să ne oprim la sistemul familial ca și

cum ar determina sănătatea membrilor săi, fără a ține seama de forțele sociale, economice si culturale care modelează viata de familie.) >

Cancerul și bolile autoimune de diverse tipuri sunt, în mare parte, boli ale civilizației. Dacă societatea industrializată organizată în conformitate cu modelul capitalist a rezolvat multe probleme pentru mulți dintre membrii săi -cum ar fi locuințele, aprovizionarea cu alimente și salubritatea -, a creat, de asemenea, numeroase noi presiuni, chiar și pentru cei care nu trebuie să lupte pentru subzistență. Am ajuns să luăm de bune aceste presiuni, fără să le mai punem la îndoială, drept consecințe inevitabile ale vieții umane, de parcă viața ar fi existat într-o formă abstractă separabilă de ființele care o trăiesc. Când ne uităm la oamenii care au ajuns recent în civilizația urbană, vedem mai clar că beneficiile „progresului" solicită costuri ascunse în ceea ce privește echilibrul fiziologic, ca să nu mai vorbim despre satisfacția emoțională și spirituală. Hans Selye a scris: ‚Aparent, la populația Zulu, stresul urbanizării a crescut incidența hipertensiunii, predispunerea oamenilor la incidente cardiace. La beduini și alți arabi nomazi, colita ulcerativă a fost constatată după stabilirea în orașul Kuweit, probabil ca urmare a urbanizării."—

Principalul efect al trendurilor recente asupra familiei în cadrul sistemului socio-economic predominant, accelerat de actuala tendință de „globalizare", a fost subminarea structurii familiale și ruperea legăturilor care le dădeau oamenilor sens și apartenență. Copiii petrec mai puțin timp alături de părinți decât oricând în cursul evoluției umane. Legătura care înainte avea la bază familii, sate, comunități și cartiere extinse a fost înlocuită de instituții precum creșe și școli, unde copiii sunt mai orientați către colegii lor decât către părinți sau înlocuitori de părinți pe care se pot baza. Chiar și familia-nucleu, care se presupune că este unitatea de bază a structurii sociale, este supusă unei presiuni intolerabile. In multe familii, ambii părinți trebuie să lucreze ca să acopere nevoile de bază pe care un salariu le asigura acum câteva decenii. „Separarea bebelușilor de mamele lor și toate celelalte tipuri de relocare care lasă puține posibilități de contact sunt forme obișnuite de privare senzorială; acestea ar putea deveni factori importanți, declanșatori ai bolii", a anticipat Selye.

In *Marți cu Morrie,* Mitch Albom relatează că Morrie Schwartz, fostul său profesor, bolnav în fază terminală cu SLA, „a fost de acord să dovedească faptul că «muribund» nu era sinonim cu «inutil»“. întrebarea imediată este de ce ar fi nevoie să dovedim acest lucru. Nicio ființă umană nu este „inutilă", fie că este vorba despre bebelușul neajutorat, despre bolnavul neajutorat sau adultul muribund. Nu trebuie să dovedim că oamenii muribunzi pot fi utili, ci să respingem ideea de necontestat potrivit căreia oamenii trebuie să fie utili pentru a fi prețuiți. Morrie a aflat la o vârstă fragedă că „valoarea" depindea de capacitatea sa de a servi nevoile altora. Același mesaj, pe care mulți oameni îl pun la inimă la început în viață, este puternic consolidat de etica predominantă din societatea noastră. Mult prea frecvent, oamenilor li se dă sentimentul că sunt valoroși doar pentru contribuția lor utilitară și sunt dispensabili dacă își pierd valoarea economică.

Separarea minții de corp, care inspiră practica medicală, este ideologia dominantă din cultura noastră. Deseori nu considerăm că structurile si) practicile socio-economice sunt factori care determină bolile sau sănătatea. Acestea nu sunt de obicei „parte din ecuație". Totuși, datele științifice sunt incontestabile: relațiile socio-economice au o influență profundă asupra sănătății. De exemplu, deși mass-media și lumea medicală - inspirată de cercetarea farmaceutică - promovează neobosit ideea că, alături de hipertensiune și fumat, nivelul mare de colesterol prezintă cel mai mare risc pentru boli cardiace, dovada este că încordarea la locul de muncă este mai importantă decât toți ceilalți factori de risc combinați. Mai mult, stresul în general și tensiunea la locul de muncă în special sunt factori importanți atât în apariția tensiunii arteriale, cât și pentru nivelurile ridicate ale colesterolului.

Relațiile economice influențează sănătatea deoarece, în mod evident, persoanele cu venituri mai mari își permit regimuri alimentare, condiții de viată si de muncă mai sănătoase si urmăresc reducerea stresului. Dennis
>) 9

Raphael, profesor universitar la School of Health Policy and Management de la York University din Toronto a publicat recent un studiu al influențelor sociale asupra bolilor cardiace din Canada și din alte locuri ale lumii.

Concluzia sa: „Una dintre cele mai importante condiții de viață care determină dacă persoanele rămân sănătoase sau se îmbolnăvesc este venitul lor. In plus, sănătatea generală a societății nord-americane poate fi determinată mai mult de distribuirea veniturilor între membrii săi decât de bogăția generală a societății. [...] Multe studii constată că circumstanțele socio-economice, mai degrabă decât factorii de risc medicali și ai stilului de viață, sunt principalele cauze ale bolilor cardiovasculare și că sunt deosebit de importante situațiile din copilărie.

Elementul de control este aspectul mai puțin evident, dar la fel de important al statutului social si al locului de muncă ca factori de sănătate. Dacă stresul *9*

crește pe măsură ce scade simțul controlului, persoanele care exercită un control mai mare asupra muncii și a vieții lor se bucură de sănătate. Acest principiu a fost demonstrat de studiul British Whitehall, care arată că funcționarii publici de rangul doi erau mai expuși riscului de boli cardiace decât superiorii lor, în ciuda veniturilor comparabile.—

Prin recunoașterea modelului multigenerațional pentru comportament și boală și admițând, de asemenea, influențele sociale care modelează familiile și viețile oamenilor, renunțăm la atitudinea nefolositoare și neștiințifică generată de vinovăție. Eliberându-ne de vină, ne putem îndrepta spre adoptarea necesară a responsabilității, o chestiune de luat în considerare atunci când vom ajunge în capitolele finale pentru a reflecta asupra vindecării.

Note:

190 M. Marmot și E. Brunner, „Epidemiological Applications of Long-Term Stress in Daily Life“, în *Everyday Biological Stress Mechanisms,* T. Theorell (ed.), voi. 22, Karger, Basel, 2001, pp. 89-90.

191 C. Caldji et al., „Maternal Care During Infancy Regulates the Development of Neural Systems Mediating the Expression of Fearfulness in the Rat“, *Neurobiology,* voi. 95, nr. 9, 28 aprilie 1998, pp. 5335-5340.

192 C. Caldji et al., „Variations in Maternal Care in Infancy Regulate the Development of Stress Reactivity“, *Biological Psychiatry,* voi. 48, nr. 12, pp.l 164-1174.

193 L. Miller et al., „Intergenerational Transmission of Parental Bonding among Women“, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* voi. 36, 1997, pp. 1134— 1139.

194 R. Yehuda et al., „Cortisol Levels in Adult Offspring of Holocaust Survivors: Relation to PTSD Symptom Severity in the Parent and Child“, *Psychoneuroendocrinology,* voi. *TJ,* nr. 12, 2001, pp. 171-180.

195 DJ. Siegel, *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience,* The Guilford Press, 1999, New York, p. 73.

196 H. Selye, *op. cit.,* p. 81.

197 M.E. Kerr și M. Bowen, *op. cit.,* p. 259.

198 C. Caldji et al., *loc. cit.* („Variations in Maternal Care...“)

199 M. Kerr, „Cancer and the Family Emoțional Syste“, în J.G. Goldberg, *op. cit.,* p. 297.

200 H. Selye, *op. cit.,* p. 391.

201 D. Raphael, Social Justice Is Good for Our Hearts:Why Societal Factors - Not Lifestyles -Are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere, CSJ Foundation for Research and Education, Toronto, 2002, p. xi; raport disponibil la http://www.socialjustice.org.

202 M.G. Marmot et al., „Inequalities in Death - Specific Explanations of a General Pattern“, *Lancet,* voi. 3, 1984, pp. 1003-1006, citat în M. Marmot și E. Brunner, *op. cit.,* p. 83.

CAPITOLUL 17

Biologia convingerii

Perspectivele științifice ale lui Bruce Lipton, un fost biolog de la Stanford, au implicații profunde pentru înțelegerea bolilor, a sănătății și a vindecării. In cadrul discuțiilor sale publice, precum și în interviurile personale, îi place să îi arunce publicului o minge cu efect științific, sub forma unei întrebări: „Care este creierul celulei individuale?" Răspunsul obișnuit pe care îl primește, așa cum a primit de la acest intervievator, este: „Nucleul, desigur." Desigur, nucleul *nu* este *creierul* celulei. Creierul este organul nostru decizional și cel care acționează ca interfață cu mediul. In viața celulei individuale nu nucleul, ci membrana celulei îndeplinește funcțiile similare activităților creierului.

In dezvoltarea embrionară umană, atât sistemul nervos, cât și pielea provin din același țesut, *ectoderma.* Celulele individuale își folosesc membrana atât ca piele, cât și ca sistem nervos. Precum pielea, membrana înconjoară și protejează mediul intern al celulei. In același timp, are pe suprafața ei milioane de receptori moleculari care acționează ca organe senzoriale ale celulei: „văd", „aud" și „simt" și - precum creierul - interpretează mesajele care sosesc din mediul exterior al celulei. De asemenea, facilitează schimbul de substanțe și mesaje cu mediul. „Procesul decizional" al celulei se desfășoară, de asemenea, în membrană, și nu în nucleu, unde este localizat materialul genetic al celulei.

Imediat ce înțelegem această realitate biologică fundamentală, putem vedea dincolo de ipoteza populară potrivit căreia genele sunt hotărâtoare pentru comportamentul uman și sănătate. Oamenii pot fi iertați pentru această opinie greșită. Expresii de admirație aproape religioasă din partea unor oameni de știință și politicieni și profeții de progrese medicale de efect întâmpinau anunțurile din anul 2000 potrivit cărora cercetătorii sunt pe cale să descifreze genomul uman, modelul genetic pentru corpul uman. „Astăzi învățăm limba în care Dumnezeu a creat viața", a spus președintele Bill Clinton la ceremonia de la Casa Albă, marcând armistițiul dintre cele două

grupuri de oameni de știință în cursa pentru completarea genomului. „Cred că acest lucru va revoluționa medicina, pentru că vom înțelege nu numai ce provoacă boala, ci și ce previne boala“, s-a entuziasmat dr. Stephen Warren, un medic genetician american și redactor la *The American Journal of Human Genetics.*

Rezultatele efective ale proiectului genomului sunt dezamăgitoare. Deși informațiile științifice descoperite sunt importante în sine, se așteaptă ca foarte puțin din programul genomului să genereze beneficii ample pentru sănătate în viitorul apropiat, dacă se va întâmpla vreodată.

In primul rând, mai sunt multe probleme tehnice care trebuie rezolvate. Starea noastră actuală de cunoaștere a structurii genetice a ființelor umane poate fi asemănată cu utilizarea unui exemplar din *The Concise Oxford English Dictionary* drept „model" după care au fost create piesele lui William Shakespeare sau romanele lui Charles Dickens. „Tot“ ce mai rămâne acum ca să fie reproduse întocmai operele este găsirea prepozițiilor, regulilor gramaticale și indicațiilor fonetice, apoi înțelegerea metodei prin care au ajuns cei doi autori la poveștile, dialogurile și sublimele procedee literare. „Genomul este programarea biologică", a scris unul dintre reporterii științifici mai atenți. „Evoluția a omis să ofere chiar și punctuația pentru a arăta unde se opresc și unde încep genele, cu atât mai puțin note utile despre ce este destinată fiecare genă să facă."

In al doilea rând, contrar concepțiilor fundamentalismului genetic, care influențează gândirea medicală și conștiința publică, genele nu pot fi singurele responsabile de caracteristicile psihice complexe, comportamentele și starea de sănătate a ființelor umane. Genele sunt doar coduri. Ele acționează ca o serie de reguli și ca un șablon biologic pentru sinteza proteinelor, care îi conferă fiecărei celule structura și funcțiile caracteristice. Ele sunt, cum s-ar spune, planuri arhitecturale și mecanice vii, dinamice. Pentru ca planul să se realizeze, nu depinde doar de genă. Genele există și funcționează în contextul organismelor vii. Activitățile celulelor sunt definite nu doar de genele din nucleele lor, ci de cerințele întregului organism - și de interacțiunea dintre organismul respectiv cu mediul în care trebuie să supraviețuiască. *Genele sunt activate sau dezactivate de mediu.* Din acest motiv, cele mai importante influențe asupra

dezvoltării umane, sănătății și comportamentului sunt cele ale mediului propice.

Cu greu cineva care crește plante sau animale ar contesta vreodată rolul esențial al îngrijirii timpurii în modelarea felului în care se vor dezvolta dotarea și potențialul genetic. Din motive care au prea puțină legătură cu știința, mulți oameni întâmpină dificultăți în înțelegerea ideii când vine vorba despre dezvoltarea ființelor umane. Această paralizie a gândirii este cu atât mai ironică, cu cât, dintre toate speciile de animale, omul este cel a cărui funcționare pe termen lung este reglementată profund de copilărie. Având în vedere numărul mic de dovezi pentru orice rol decisiv al factorilor genetici în majoritatea problemelor care țin de boală și sănătate, de ce există toată această agitație în legătură cu proiectul genomului? De unde vine fundamentalismul genetic generalizat? Suntem ființe sociale, iar știința, ca toate disciplinele, are dimensiunile sale ideologice și politice. După cum a arătat Hans Selye, presupunerile nerecunoscute ale omului de știință vor limita și defini adesea ce va fi descoperit. Fixarea convingerii cu privire la faptul că bolile, psihice sau fizice, sunt în primul rând genetice, ne permite să evităm întrebări îngrijorătoare despre natura societății în care trăim. Dacă „știința" ne permite să nu vedem sărăcia, toxinele provocate de om sau cultura socială frenetică și stresantă ca factori care contribuie la instalarea bolii, căutăm doar răspunsuri simple: farmacologice și biologice. O astfel de abordare contribuie la justificarea și menținerea valorilor și structurilor sociale predominante. De asemenea, este profitabil. Valoarea acțiunilor Celera, compania privată care a participat la proiectul genomului, a crescut cu 1 400% între 1999 și 2000.

Publicitatea în legătură cu genomul nu este doar știință jalnică, ci este și „teologie". In Cartea Genezei, Dumnezeu modelează mai întâi universul, apoi natura, și numai după aceea omenirea cu ajutorul pământului. El știa, chiar dacă Bill Clinton nu, că de la începuturile lor, oamenii nu puteau fi niciodată înțeleși în afara mediului lor. Mediul organismului uman este mediul fizic și psiho-emoțional care modelează dezvoltarea noastră și care afectează interacțiunile cu lumea pe toată durata vieții. Mediul de lucru al celulei individuale este constituit din împrejurimile imediate ale celulei, din care primește substanțe-mesager, care provin din celulele din apropiere, din

terminațiile nervoase controlate de departe și din organele care secretă substanțe chimice în sistemul circulator.

Substanțele de informare se atașează la receptorii de pe suprafața celulei. Apoi, în membrana celulară - în funcție de cât de receptivă este celula în acel moment - sunt produse substanțe *efectoare,* care merg la nucleu, instruind genele să sintetizeze proteine pentru a îndeplini anumite funcții. Acest complex de proteine cu efect de receptor-efector, numite *proteine de percepție* — explică Bruce Lipton -, acționează ca niște „comutatoare" care integrează funcția celulei în mediul său:

Deși proteinele de percepție sunt fabricate prin mecanisme genetice moleculare, activarea procesului de percepție este „controlată" sau inițiată prin semnale din mediu. [...] Influența de control a mediului este evidențiată în studii recente asupra celulelor stern. Celulele stern nu își controlează soarta. Diferențierea celulelor stern se bazează pe mediul în care se află celula. De exemplu, pot fi create trei medii diferite de cultură a țesuturilor. Dacă se plasează o celulă stern în cultura numărul unu, aceasta poate deveni osoasă. Dacă aceeași celulă stern este plasată în cultura doi, ea devine nervoasă sau, dacă este plasată în cultura numărul trei, se dezvoltă o celulă hepatică. *Soarta celulei este „controlata'prin interacțiunea ei cu mediul, și nu printr-un program genetic de sine stătător*i-

Un punct-cheie în explicația perspicace a lui Lipton despre activitatea biologică este că, în orice moment, celulele - ca întregul organism uman - pot să se afle fie în modul defensiv, fie în modul de creștere, dar nu în ambele. Percepțiile noastre asupra mediului sunt stocate în memoria celulară. Când influențele timpurii ale mediului sunt cronic stresante, sistemul nervos în curs de dezvoltare și celelalte organe ale super-sistemului PNI primesc în mod repetat mesajul electric, hormonal și chimic conform căruia lumea este nesigură sau chiar ostilă. *Acele percepții sunt programate în celulele noastre la nivel molecular.* Primele experiențe condiționează poziția corpului față de lume și determină convingerile inconștiente ale persoanei despre ea în relația cu lumea. Dr. Lipton numește acest proces *biologia convingerii.* Din fericire, experiența umană și potențialul ființelor umane garantează că biologia convingerii, deși profund imprimată fiziologic, nu este ireversibilă.

Am văzut că stresul este rezultatul unei interacțiuni între un *stresor* si un >) *sistem de procesare.* Acest aparat de procesare este sistemul nervos uman, care

funcționează sub influența centrilor emoționali ai creierului. Biologia convingerii întipărită în acel aparat de procesare timpurie în viață influențează esențial răspunsurile noastre la stres pe parcursul întregii vieți. Recunoaștem factorii de stres? Ne amplificăm sau ne minimalizăm amenințările potențiale pentru starea noastră de bine? Ne credem singuri? Neajutorați? Nu avem nevoie de ajutor niciodată? Nu merităm ajutor niciodată? Suntem iubiți? Trebuie să muncim pentru a merita dragostea? Nu suntem iubiți, am rămas fără speranță? Acestea sunt convingeri inconștiente, întipărite la nivel celular. Ele „controlează" comportamentul nostru indiferent ce gândim la nivel conștient. Ne țin în modul defensiv închis sau ne permit să ne deschidem spre dezvoltare si însănătoșire. Să analizăm cu mai multă atentie unele dintre aceste 9

9

9

percepții de care ținem cu dinții.

1. Trebuie să fiu puternic

In calitate de artistă și cititoare avidă, Iris este o intelectuală. Acum aproximativ zece ani, la 42 de ani, a fost diagnosticată cu LES. Iris a crescut în Europa, ajungând cu familia sa în Statele Unite când avea puțin peste 20 de ani. Tatăl era un tiran imprevizibil, iar mama, relatează ea, „nu exista separat de tatăl meu“.

- M-am gândit la această teorie a corpului care spune nu când mintea ta nu poate, spune Iris. Am mai auzit asta și am fost de acord cu principiul de mai înainte. Nu-mi place să mă gândesc la asta când este vorba despre mine.

- De ce nu? o întreb.

- înseamnă că nu ești suficient de puternic... Nu faci tot ce trebuie ca să fii suficient de puternic.

Aceste cuvinte mi-au amintit de o pacientă cu cancer ovarian căreia nu îi plăcuse teoria mea, deoarece, spunea ea, o facea să arate ca o „fraieră".

- Ce se întâmplă dacă cineva nu este cu adevărat „suficient de puternic"? spun eu.

- Dacă aș încerca să ridic o greutate de 1000 de kilograme și cineva ar spune: „Nu ești suficient de puternică pentru asta", aș fi de acord. în aceste împrejurări, aș spune: „Ce, ești fraieră?"

- Asta e ideea. Uneori problema nu este că ne lipsește puterea, ci faptul că cerem de la noi înșine imposibilul. Ce este în neregulă cu faptul de a nu fi suficient de puternic?

Nucleul convingerii că trebuie să fii suficient de puternic, caracteristic multor oameni care dezvoltă boli cronice, este apărarea. Copilul care consideră că părinții săi nu îl susțin emoțional adoptă o atitudine de „pot să mă descurc singur cu orice“. Altfel, el s-ar putea să se simtă respins. O modalitate de a nu te simți respins este să nu ceri niciodată ajutor, de a nu recunoaște niciodată „slăbiciunea" - de a crede că ești suficient de puternic pentru a rezista singur tuturor vicisitudinilor.

Iris a recunoscut repede că, atunci când prietenii o sună în legătură cu problemele lor, nu îi judecă și nu îi acuză că sunt slabi. Ei se simt bine bazându-se pe ea și o consideră empatică și de încredere. Era clar că dublul ei standard - așteptările mai mari proiectate asupra ei - nu avea nimic de-a face cu *forța.* Trebuia să aibă legătură cu lipsa de *putere,* așa cum a simțit-o încă din copilărie. Un copil poate fi mai puternic decât ar trebui să fie, deoarece el nu are putere.

2. Nu este bine pentru mine să fiu furioasă

Shizuko are 49 de ani și este mamă a doi copii. A fost diagnosticată cu artrită reumatoidă la 21 de ani, la scurt timp după ce a sosit în Canada ca studentă străină. Mama ei biologică a murit când avea patru ani, după care

tatăl s-a căsătorit cu sora mamei sale. „Mamei mele vitrege i-au plăcut mai mult afacerile decât i-au plăcut copiii", spune ea. Tatăl ei îi satisfăcea toate nevoile și dorințele materiale, dar cel mai adesea se afla departe de casă.

Shizuko a divorțat în urmă cu cinci ani de soțul ei distanțat din punct de vedere emoțional.

> - Căsătoria mea a fost îngrozitoare. Când trăiam cu soțul meu, eram obosită tot timpul, crescând copiii. [Oboseala este un simptom comun al bolilor reumatice.] înainte de ora 15:00, mă întindeam pe canapea, iar soțul meu se plângea mereu: „N-ai făcut nimic, nimic." Spunea că îl folosesc pentru o masă gratuită.

- Te-ai supărat vreodată?

- Da, eram tot timpul supărată pe el.

- Ți-ai exprimat furia?

- Nu. După modul în care m-a crescut mama mea vitregă, cred că nu ar trebui să mă înfurii.

3. Dacă sunt furios, nu voi fi iubit

Alan, cu cancer de esofag, era nemulțumit de căsătoria sa. Să ne amintim că Alan credea că soția lui nu era capabilă să fie „romantică, intimă și toate lucrurile de care avea nevoie“.

- Cum ți-ai exprimat nemulțumirea? Ai simțit vreodată *furie* în legătură cu acest lucru?

- E greu de spus, deoarece acum mă înfurii tot timpul. Acum vorbim mult mai mult despre asta.

- Ce s-a întâmplat cu furia înainte de a fi diagnosticat cu cancer?

- Nu știu. înțeleg la ce te referi și probabil este adevărat.

- Unde ai învățat să reprimi furia?

- Asta-i bună - nu cred că am analizat acest lucru suficient. Cred că vine din dorința de a fi plăcut. Dacă ești furios, oamenii nu te plac.

4. Sunt responsabil pentru întreaga lume

Leslie, un asistent social în vârstă de 55 de ani, pune și el boala - colită ulcerativă - pe seama stresului cauzat de relația sa.

- A început în prima căsătorie. Mă confruntam cu mult stres și atunci mi-a fost cel mai rău. Nu mi-a mai fost rău de mult timp. Acum am uneori ceva sângerări, dar foarte puțin. Relația mea cu prima soție a fost întotdeauna cu suișuri și coborâșuri. Cred că nu a vrut să se implice. Nu a fost niciodată un parteneriat. Trebuia să gândesc pentru ea. A fost o adevărată nebunie, pentru că mă gândeam mereu la ce puteam face împreună. Nu mi-ar fi spus niciodată ce voia să facă. Trebuia să vin cu un film pe care credeam că ni-1 doream amândoi, unul pe care îl puteam vedea amândoi și de care să ne bucurăm.

- Nu te-a deranjat să joci acest rol?

- Bineînțeles. >

- Ce-ai făcut cu furia aceea?

- Am înghițit-o - nicio problemă. Nu puteam să mă împotrivesc, pentru că atunci ar fi spus: „Vezi, asta este o căsătorie care nu merge.“ Pentru ea, conflictul era un indicator al faptului că relația nu funcționa.

Trebuia să fiu foarte, foarte atent. Când am început să ies cu Eva, care este acum soția mea, și ne certam, eu începeam să zâmbesc. I-am spus că mă bucur că ne putem certa cu adevărat, că e altfel și că ea nu are de gând să plece. Cu siguranță mi-a fost frică să nu mă părăsească.

Lui Leslie i-au trebuit câteva luni după debutul simptomelor pentru a solicita ajutor medical. „Nu eram pregătit să-mi accept propria

vulnerabilitate. Avea legătură cu perfecționismul meu, vrând ca totul să fie perfect, să nu fie nimic în neregulă cu mine.“

Când Leslie avea nouă ani, tatăl său a murit din cauza unui atac de cord. Doi ani mai târziu a fost martorul mortii bruște a fratelui său de la un anevrism > *9*

cerebral. „După aceea, faceam un ritual obsesiv în fiecare noapte, o rutină pentru a mă asigura că oamenii nu vor muri. «Nu muri, nu muri...»“ Era modul meu de a controla oamenii din viața mea să nu moară. Intr-o zi, vorbeam cu psihiatrul meu. ,^m renunțat la ritualul respectiv și nu știu unde s-a dus.“ A fost ca o revelație - mi-a apărut dintr-odată: „Știu unde s-a dus. Am devenit asistent social și acum încerc să salvez lumea! “ Mi-a provocat mult stres când încercam să salvez lumea si nu reușeam. Mi-am luat concediu din cauza *9* *9*

stresului cu doi sau trei ani în urmă. Am recunoscut în cele din urmă că nu pot salva lumea. Am chiar și o mantra pe care am inventat-o împreună cu psihiatrul meu: „Ar trebui să fiu un ghid, nu un Dumnezeu. “ Pentru mine funcționează. *9*

— Ai crezut că tot acest mare dezastru din lume a fost din vina ta?

- La un moment dat, am crezut că, indiferent dacă era sau nu vina mea, eu trebuie să rezolv situația.

9

— Cum s-a manifestat acest lucru în munca ta?

- Dacă părinții mei, vreau să zic clienții, nu se descurcau, simțeam că nu am cunoștințe suficiente. Trebuia să știu mai multe și să am competențe. Aveam nevoie de soluția potrivită, să muncesc asiduu, să citesc mai mult, să merg la workshopuri.

Nu a fost nevoie să căutăm prea mult înțelesul freudian de înlocuire a *părinților* cu *clienții,* în cazul lui Leslie. Nu numai că a devenit sprijinul cel

mai important și alinarea mamei sale după moartea tatălui și a fratelui mai mare, dar reiese că el avusese acel rol de la naștere.

)

- Mama a vrut să fiu fericit. Era mereu preocupată că ar trebui să fiu fericit. Era un lucru pe care întotdeauna încercam să-1 fac. Am încercat să fiu fericit în copilăria mea. Nu știam ce înseamnă depresia; nici măcar nu știam ce e tristețea. Mama spunea că eram un copil atât de bun, cum fratele meu nu era. Eram un copil atât de bun, încât putea să mă trezească la mijlocul nopții, să se joace o vreme cu mine și apoi să mă pună înapoi și să mă întorc la somn.

- De ce facea asta?

- Cred că era singură sau că avea nevoie de atenție.

- A trebuit să muncești încă din copilărie.

- Căsătoria mamei mele cu tata a fost îngrozitoare. Se certau - a fost mai rău înainte de a muri. Era datoria mea să o fac fericită.

5. Mă pot ocupa de orice

Lui Don, un funcționar public în vârstă de 55 de ani, i s-a înlăturat o parte din colon din cauza unui cancer intestinal. Printre elementele de stres cronic s-a numărat dorința sa nestăpânită de a fi mult prea conștiincios în viața profesională.

- Problemele privind volumul de muncă mă înfurie, spune el. Nu știu dacă *furie* este cuvântul potrivit, doar *frustrare.* Să nu fiu capabil să mă ocup exact de câtă muncă am pe birou la un moment dat.

- Ce ai făcut în legătură cu asta?

- Eram încordat și m-am calmat mergând la plimbare, apoi m-am întors, m-am aruncat înapoi în muncă și am terminat treaba.

- Dar să mergi la șef și să îi arăți că este prea multă muncă pentru o persoană?

- Nu am făcut niciodată asta. Pot să fac orice, de aceea. Hotărârea mea a fost să pun la punct cele mai multe dosare din firmă, în cel mai bun mod.

- De ce?

- Din câteva motive. Unu, instinctul de competiție. Doi, sunt bine plătit, de aceea ar trebui să fac cea mai bună treabă. Abordarea pe care am adoptat-o dintotdeauna a fost: dă-mi de muncă si o voi face. Dacă îmi dai mai multă 9

muncă, mă voi conforma și dacă îmi vei da mai puțină muncă, voi proceda la fel. ’ ’

- Și dacă reduc personalul și mai puțini oameni trebuie să facă același volum de muncă?

- Aș face mai mult. De fapt, în mod normal aș merge la persoanele care se plâng de volumul de muncă și le-aș ușura sarcina. Ar exista întotdeauna un nivel de vinovăție că aș face o treabă mai bună în dosarele de care se ocupă ei. întotdeauna am putut să fac ceva mai mult. M-am mândrit cu prezentarea acestei imagini că aș putea să fac mai mult decât oricine altcineva, în mai puțin timp decât oricine altcineva.

- Are vreo legătură cu copilăria ta?

- în parte, datorită mamei. Dacă aș fi adus acasă un carnet cu trei note de 10 și trei de 8, ar fi zis: „De ce nu șase de 10?“ Nimic din ce am făcut vreodată nu era suficient de bun. Ea a presupus automat că voi deveni un fel de specialist. A fost o mare dezamăgire pentru mama când mi-am început viața profesională ca muncitor în construcții. >

6. Nu sunt dorită - nu sunt iubită

Gilda Radner a avut toată viata senzația că nu este dorită. O indicație a 9
9

profunzimii disperării psihice a Gildei a venit în câteva notițe pe care soțul ei, Gene Wilder, le-a găsit după moartea ei. în una dintre ele, intitulată „Dreapta întrebări - Stânga Răspunsuri", întrebările au fost scrise de mâna dreaptă a Gildei, răspunsurile de stânga. Tehnica și titlul sunt semnificative: partea dreaptă a creierului nostru, partea holistică și emoțională, este cea care controlează mâna stângă. O întrebare cu mâna dreaptă spune: „Este cancerul

mama ta în tine?“ Răspunsul cu mâna stângă: *„Ea nu dorește ca eu sâ exist* [caracterele ei cursive]."

7. Nu exist, dacă nu fac ceva.

Trebuie să îmi justific existența

Joyce, profesoara universitară cu astm, vorbea despre sentimentul ei terifiant de pustietate când nu era ocupată. Am întrebat-o ce vrea să spună cu asta.

- Sentimentul de gol este legat de această teroare că, dacă nu îndeplinesc cerințele, nu voi exista cu adevărat. De copil, nu am fost parte a întregii ecuații. Eu nu luam parte la toate conflictele care se petreceau între tata și mama, între tatăl și fratele meu. Eram cu opt ani mai mică, eram fiica; eram fetița perfectă. Toate aceste lucruri se întâmplau. Senzația era că nu exiști dacă nu faci ceva pe lumea asta.

8. Trebuia să fiu foarte bolnavă ca să fiu îngrijită

Angela a fost diagnosticată acum doi ani cu cancer uterin, la vârsta de 45 de ani. înainte de asta, se luptase cu alcoolismul, anorexia și bulimia, depresia și fibromialgia. La un moment dat, a fost supusă unei intervenții chirurgicale intestinale pentru a pierde în greutate. A slăbit într-un an 68 de kilograme, dar le-a pus repede la loc, deoarece nici nivelul de stres, nici obiceiurile culinare nu i se schimbaseră. Am intervievat-o pe Angela la

Hope House, un centru de consiliere și sprijin din Vancouver, pentru oameni cu cancer și alte tipuri de boli cronice.

- Simt că pentru mine cancerul a fost un cadou, deoarece m-a scos din Revenue Canada. Am fost revizor contabil în ultimii 12 ani și îmi uram jobul. încă din copilărie, o luam personal atunci când apăreau confruntări și conflicte. Oamenii se supără când sunt supuși auditului și își proiectează toată ura pe guvern și pe taxe asupra ta. Și am acceptat mai departe.

    - De ce a fost nevoie de cancer ca să te scape de un loc de muncă neplăcut și care a fost nepotrivit pentru tine?

        - Am fost deprimată de cele mai multe ori și am simțit că nu am de ales. Lucrez de când aveam 17 ani. Știam că în alte tipuri de muncă nu se acceptă să fii atât de bolnav. Am fost bolnavă mult timp. în administrația guvernamentală ești si tu o rotită din mecanism. Sunt alte sute de oameni care fac același lucru, așa că, dacă munca ta nu este făcută, pot să o transfere altcuiva. Acesta este motivul pentru care am rămas acolo, de frică.

- Cum te-a scos cancerul de acolo?

- După diagnosticul de cancer, am început să vin la Hope House și să vorbesc cu psihologii de aici. Am fost încurajată să îmi analizez sentimentele și viața. Am aflat că încercam să mă încadrez în ceva pentru care nu sunt menită cu adevărat.

- Ți-au spus titlul cărții mele?

- Păi, corpul meu a spus nu. De fapt, am sângerat foarte mult timp de doi ani, iar ei au continuat să îmi facă teste. Au făcut două biopsii - la a doua au găsit celule canceroase. Când medicul mi-a spus cuvântul *cancer,* intuiția mea, într-o fracțiune de milisecundă, a spus Revenue Canada. Mi-era destul de clar. Am primit acest mesaj în ultimii 12 ani și l-am ignorat.

- De asta întreb. De ce a fost nevoie de cancer ca să faci asta?

- Pentru că era *ceva real.* Am în cap toată chestia asta, că tulburările de comportament nu sunt suficiente. Bulimia nu este de ajuns. Toată lumea privește tulburările ca și cum nu este nimic în regulă cu tine. Cei din jur te judecă mult.

- Dar există un creier acolo; este un organ fizic. Tulburarea stării de spirit este la fel de mult un proces fiziologic, pe cât este și cancerul uterin.

- Sunt de acord cu tine. Dar așa am judecat eu asta, deoarece am fost condiționată să cred anumite lucruri despre familie și despre societate. în mintea mea, nu era suficient că eram deprimată și că jobul mă îmbolnăvise. Eram atât de îngrijorată de ce ar putea crede ceilalți oameni - cel mai important, familia mea.

Sistemul de sprijin pe care Angela l-a descoperit de când a fost diagnosticată i-a permis să se confrunte cu problemele. ,^m simțit o siguranță pe care nu am mai simțit-o niciodată înainte", spune ea. „în special când am trecut prin tot felul de lucruri în legătură cu detașarea de Revenue Canada. Și am fost încurajată mult să fac lucruri, să iubesc lucruri la mine, să fac chestii care mă pasionează."

Deși la oameni orice este posibil, este greu de acceptat faptul că mama Gildei, Henrietta, nu și-a dorit cu adevărat ca fiica ei să existe, sau că mama lui Leslie a dorit conștient să își facă fiul responsabil pentru fericirea ei, sau că părinții lui Alan au vrut să îi transmită că nu este simpatic decât atunci când nu este furios. Cei mai mulți părinți își iubesc necondiționat copiii și acest lucru speră să ajungă la ei. Este important de știut, dar nu contează. Contează percepțiile inconștiente ale copilului, bazate pe interpretările sale cele mai intime despre interacțiunile cu lumea. Aceste interpretări, integrate la nivel celular, constituie biologia convingerii care guvernează atât de mult ce simțim, ce facem și modul în care reacționăm la evenimente. >

Un factor contributiv major la geneza multor boli - toate exemplele pe care le-am analizat - este o suprasolicitare de stres indusă de convingeri inconștiente. Dacă ar fi să ne vindecăm, este esențial să începem gradual sarcina dureroasă de a schimba biologia convingerilor pe care am adoptat-o foarte devreme în viață. Oricare ar fi tratamentul extern administrat, agentul de vindecare se află în interior. Mediul intern trebuie schimbat. Pentru a

găsi sănătatea și pentru a o cunoaște pe deplin, este nevoie de o căutare, de o călătorie spre centrul biologiei noastre de convingeri. Asta înseamnă regândirea și recunoașterea - re-cunoaștere: literalmente, să „ne cunoaștem din nou" -vieților. >

Indiferent de modalitatea de tratament pe care oamenii o aleg - medicina convențională cu sau fără vindecare complementară; abordări alternative, cum ar fi medicina energetică sau diferite tehnici minte-corp; practici antice orientale precum medicina ayurvedică, yoga sau acupunctura chineză; practica universală a tehnicilor de meditație; psihoterapie; vindecarea prin nutriție -cheia vindecării este alegerea activă, liberă și informată a individului. Există multe moduri diferite de a descoperi că oamenii au o capacitate înnăscută pentru libertate, prezentată în multe învățături, cărți și surse. Eliberarea din circumstanțe externe opresive și stresante este esențială, dar acest lucru este posibil numai dacă ne eliberăm mai întâi de tirania biologiei convingerii adânc înrădăcinate în noi.

Note:

203 B.H. Lipton, „Nature, Nurture and Human Development", *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health,* voi. 16, nr. 2, 2001, pp. 167-180.

CAPITOLUL 18

Puterea gândirii negative

Oncologul Karen Gelmon din Vancouver nu susține metaforele militare aplicate adesea cancerului. „Ideea este că, dacă aveți destulă putere, îl puteți controla, cu suficient de multă putere îl puteți expulza", spune ea. „Lumea sugerează că totul este o luptă. Nu cred că este un mod util de a-1 privi. In primul rând, nu este valabil din punct de vedere fiziologic. In al doilea rând, nu cred că este sănătos din punct de vedere psihic. Ce se întâmplă cu corpul nostru este o problemă de flux - există intrare și ieșire și nu poți controla fiecare aspect al acestuia. Trebuie să înțelegem acest flux, să știm că există lucruri pe care le poți influența și lucruri pe care nu le poți influența. Nu este o luptă, este un fenomen de găsire a echilibrului și armoniei, de frământare a forțelor conflictuale într-un singur aluat."

Ceea ce am putea numi *teoria militară a bolii* consideră boala o forță ostilă, ceva străin cu care organismul trebuie să se lupte și să înfrângă. O asemenea opinie lasă o întrebare importantă fără răspuns, chiar și în tratarea infecțiilor acute, în care identificăm microorganismele care invadează corpul și le ucidem cu antibiotice: *de ce aceeași bacterie sau virus cruță o persoană, dar pe alta o doboară^* Un organism precum streptococul, responsabil pentru așa-numita boală mâncătoare de carne, trăiește în multe persoane, dar declanșează boala doar în cazul câtorva. Sau poate fi prezent la o anumită persoană, la un moment dat, fără a duce la probleme, dar poate iniția un atac letal în alt moment din viata acesteia. Care este diferența?

In secolul al XlX-lea a avut loc o dezbatere aprinsă pe această temă, desfășurată de-a lungul mai multor decenii între două personalități marcante din istoria medicinei, microbiologul deschizător de drumuri Louis Pasteur și fiziologul Claude Barnard. Pasteur a insistat pe faptul că virulența microbului determină cursul bolii, Barnard a spus că vulnerabilitatea organismului-gazdă este responsabilă de asta. Pe patul de moarte, Pasteur a retractat. *„Barnard avait raison“,* a spus el. *„Le microbe nest rien. Le*

termin est tout“ [„Barnard avea dreptate. Microbul nu este nimic, terenul (corpul-gazdă) este totul.“]

Muribundul Pasteur s-a dus prea departe în direcția opusă, dar poate că avea un ochi spre viitor. încă de atunci și mai ales odată cu venirea erei antibioticelor la mijlocul secolului al XX-lea, am uitat cu toții că terenul pentru boală este o anumită ființă umană într-un moment al istoriei sale personale. „De ce *acest* pacient suferă acum de *această* boală?“ a întrebat în 1977 George Engel, cercetător al unității minte-corp în medicină.— Pentru toate intențiile și scopurile, practica medicală modernă a adoptat o perspectivă simplistă, de tipul „cauză și efect“. Când nu se găsește niciun agent extern evident - așa cum este cazul celor mai grave boli -, aceasta își ridică mâinile și declară cauza necunoscută. „Cu etiologie necunoscută" este cea mai întâlnită sintagmă din manualele de medicină.

Deși smerenia științifică este bine-venită, un model cauză-efect al bolii este în sine o percepție greșită. Nu poate descrie modurile în care sănătatea se transformă în boală sau modul în care boala poate fi transformată în sănătate. Tradiția sufi spune faimoasa poveste din secolul al Xll-lea a nebunului înțelept Nastratin Hogea, care, îngenunchiat, căuta ceva sub lumina unui felinar. „Ce cauți?" îl întreabă vecinii săi. „Cheia", răspunde el. Toți vecinii se alătură căutării, cercetând cu atenție fiecare centimetru de pământ din apropierea felinarului. Nimeni nu găsește cheia. „Stai așa, Nastratin", spune cineva în cele din urmă. „Unde anume ai pierdut cheia?" „în casă." „Atunci de ce o cauți aici?" „Pentru că, desigur, pot vedea mai bine aici, sub lumină." Poate fi mai ușor (și mai satisfăcător financiar) să cercetăm cauze izolate, cum ar fi microbii și genele, dar, atât timp cât ignorăm o perspectivă mai largă, bolile vor fi întotdeauna de etiologie necunoscută. O căutare în exterior, unde lumina strălucește, nu ne va da cheia sănătății; trebuie să privim înăuntru, unde este întuneric de nepătruns.

Nicio boală nu are o singură cauză. Chiar și acolo unde pot fi identificate riscuri semnificative - cum ar fi ereditatea pentru unele boli autoimune sau fumatul în cancerul pulmonar -, aceste vulnerabilități nu există izolat. Personalitatea nu provoacă prin ea însăși o boală: nu faci cancer pur și simplu de la reprimarea mâniei sau SLA fiindcă ești prea drăguț. Un model de sisteme recunoaște că multe procese și mulți factori lucrează împreună în

formarea bolii sau în restabilirea sănătății. Am prezentat în această carte un model *biopsihosocial* de medicină. Conform opiniei biopsihosociale, biologia reflectă istoria unui organism uman în interacțiune pe parcursul vieții cu un mediu, un schimb continuu de energie, în care factorii psihici și sociali sunt la fel de vitali ca aceia fizici. După cum sugerează dr. Gelmon, vindecarea este un fenomen de găsire a echilibrului și armoniei.

Nu ne amintim suficient de des că *vindecare* este un cuvânt de origine antică, semnificând „întreg“ - de aici și ecuația noastră de întreg și sănătos. A te vindeca înseamnă a deveni întreg. Dar cum putem fi mai întregi decât suntem deja? Sau ce înseamnă că am putea fi mai puțin decât întregi? Ce este complet poate să lipsească în două moduri: ceva ar putea fi extras din el sau armonia sa internă ar putea fi atât de perturbată, încât părțile care au lucrat împreună să nu mai facă acest lucru. După cum am văzut, stresul este o perturbare a echilibrului intern al organismului, ca răspuns la amenințarea percepută, inclusiv amenințarea nesatisfacerii unei nevoi esențiale. Foamea fizică poate fi o astfel de privare, dar în societatea noastră, amenințarea este cel mai adesea psihică - privarea de hrană emoțională sau distrugerea armoniei psihice.

„Nu înțeleg de ce am cancer“, a spus o femeie cu cancer ovarian. ‚Am dus o viață sănătoasă, am mâncat bine, am făcut exerciții fizice regulat. Am avut mereu grijă de mine. Dacă cineva ar trebui să fie o imagine a sănătății, eu sunt aceea. “ Zona pe care a ignorat-o era invizibilă pentru ea: stresul legat de reprimarea emoțională. Eforturile ei conștiincioase (și conștiente) de a avea grijă de sine corespunzător nu se puteau extinde până la un teren de luptă despre care nu știa că există. De aceea, cunoștințele și informațiile au puterea de a transforma și introspecția este mai utilă pentru oameni decât consilierea. Dacă dobândim capacitatea de a ne privi cu onestitate, compasiune și cu o viziune senină, putem identifica modurile prin care trebuie să avem grijă de noi înșine. Putem vedea zonele ascunse anterior în întuneric.)

Potențialul de integritate, de sănătate, rezidă în noi toți, la fel ca potențialul de boală și de lipsă de armonie. Boala *este* lipsă de armonie. Mai exact, este o *exprimare* a unei lipse de armonie interne. Dacă boala este văzută ca străină și externă, s-ar putea să sfârșim prin a purta un război cu noi înșine.

Primul pas în refacerea drumului nostru spre sănătate este să renunțăm la atașamentul față de ceea ce numim gândire pozitivă. De prea multe ori, în timpul îngrijirii paliative, am stat cu oameni demoralizați care și-au exprimat uimirea că au făcut cancer. ,^m avut întotdeauna o gândire pozitivă", mi-a spus un om care se apropia de 50 de ani. „Nu am cedat niciodată gândurilor pesimiste. De ce să fac cancer?"

Ca antidot la optimismul persoanei în faza terminală, eu am recomandat puterea gândirii negative. „Ironic, desigur", am adăugat repede. „Eu cred cu adevărat în puterea *gândirii?* Imediat ce etichetăm cuvântul *gândire* cu adjectivul *pozitiv,* excludem acele părți ale realității care ne par „negative". Așa funcționează majoritatea celor care adoptă o gândire pozitivă. Gândirea pozitivă autentică începe prin includerea întregii noastre realități. Este ghidată de convingerea fermă că putem avea încredere în noi înșine pentru a înfrunta adevărul deplin, indiferent ce s-ar dovedi că este acel adevăr deplin. După cum a precizat dr. Michael Kerr, optimismul constrângător este unul dintre modurile prin care ne legăm anxietatea de evitarea confruntării cu ea. Această formă de gândire pozitivă este mecanismul de adaptare a copilului rănit. Adultul care rămâne rănit fără să fie conștient de asta își face din această))

apărare reziduală a copilului un principiu de viață.

Apariția simptomelor sau diagnosticarea unei boli ar trebui să determine o investigație dublă: ce spune această boală despre trecut și prezent și cu ce va ajuta în viitor? Multe abordări se concentrează doar pe a doua jumătate a acestei diade vindecătoare, fără a lua în considerare ce a dus la manifestarea bolii din start. Astfel de metode „pozitive" umplu rafturile cu cărți. Pentru vindecare, este esențial să ne adunăm puterea de a gândi negativ. Gândirea negativă nu este o viziune foarte tristă, pesimistă, care se deghizează în „realism". Mai degrabă, este dorința de a lua în considerare ce nu funcționează. Ce nu este în echilibru? Ce am ignorat? La ce spune organismul meu nu? Fără aceste întrebări, stresul responsabil pentru lipsa noastră de echilibru rămâne ascuns.

Mai mult, *a nu pune aceste întrebări este în sine o sursă de stres.* In primul rând, „gândirea pozitivă" se bazează pe convingerea inconștientă că nu suntem suficient de puternici pentru a face față realității. Să îi permiți

acestei temeri să domine dă naștere unei stări de neliniște asemănătoare celor din copilărie. Indiferent dacă neliniștea este sau nu conștientă, ea este o stare de stres. In al doilea rând, lipsa informațiilor esențiale despre noi înșine și situația noastră constituie una dintre principalele surse de stres și unul dintre activatorii puternici ai răspunsului hipotalamo-hipofizo-suprarenal la stres. In al treilea rând, stresul scade pe măsură ce controlul independent și autonom crește.

Nimeni nu poate fi autonom atât timp cât cineva este condus de dinamica relației, de vină sau de nevoile atașamentului, de dorința arzătoare pentru succes, de frica de șef sau de teama de plictiseală. Motivul este simplu: *autonomia este imposibilă atât timp cât cineva este motivat de ceva.* Ca o frunză suflată de vânt, persoana condusă este controlată de forțe mai puternice decât ea. Voința sa autonomă nu este angajată, chiar dacă crede că și-a „ales“ stilul de viață stresant și chiar dacă se bucură de activitățile sale. Alegerile pe care persoana le face sunt atașate de sfori invizibile. Aceasta încă nu poate să spună nu, chiar dacă se află sub propria dirijare. Când se trezește în sfârșit, dă din cap ca Pinocchio și spune: „Cât de prost am fost când eram o marionetă."

Joyce, profesoara universitară cu astm, crede că este imposibil să spună nu. Plămânii ei o spun pentru ea. Teama lui Joyce de *nu* nu este o teamă de ceilalți, ci de un gol pe care îl simte când nu se depășește. „Golul este această teroare că, dacă nu voi îndeplini cerințele, nu voi exista cu adevărat." Dacă și-ar invoca puterea de a gândi negativ, ar accepta acest vid de temut din ea însăși. Ar explora experiența vidului în loc să încerce să-1 umple cu fapte pozitive.

Michelle, diagnosticată cu cancer mamar la 39 de ani, a căutat alinare în obiceiul ei de o viață de a visa cu ochii deschiși. „Nu e de mirare că am trăit într-o lume imaginară", a spus ea, în timp ce își amintea de nefericirile din copilărie. „Este mai sigur. Iți inventezi propriile reguli și faci o viață cât de fericită vrei tu să fie. Lumea exterioară este complet diferită." Un studiu realizat în ultimii doi ani a arătat că pacientele cu cancer mamar care au tendința de a fantaza au un prognostic mai slab decât omoloagele lor ancorate în realitate. La fel au fost și femeile care au raportat mai puține sentimente negative.^ Conform unui alt raport privind femeile cu cancer

mamar: „Pacientele care au raportat puține lucruri sub forma stresului [psihic] și care au fost clasificate de alții ca «bine reglate» au fost mai predispuse să moară la un an după aceea."—

Constatarea repetată că oamenii cu tipare de gândire mai fericite și mai puțin îngrijorate suferă mai multe boli pare să sfideze bunul-simț. Convingerea generală este că emoțiile pozitive trebuie să ducă la sănătate. Deși este adevărat că bucuria și satisfacția adevărată sporesc sănătatea fizică, stările „pozitive" ale minții generate pentru a regla disconfortul psihic scad rezistența la boală.

Creierul guvernează și integrează activitățile tuturor organelor și sistemelor organismului, coordonând simultan interacțiunile noastre cu mediul. Această funcție de reglare depinde de recunoașterea clară a influențelor negative, a semnalelor de pericol extern și intern. In cazul copiilor al căror mediu transmite în mod cronic mesaje contradictorii, apare o alterare a dezvoltării creierului. Capacitatea lui de a evalua mediul este diminuată, inclusiv capacitatea de a distinge ce este hrănitor de ce este toxic. Oamenii răniți în acest fel, așa cum a fost Michelle în copilărie, sunt mai predispuși să facă alegeri care duc la stres suplimentar. Cu cât încearcă să scape de anxietate prin „gânduri pozitive", negare sau visare cu ochii deschiși, cu cât stresul acționează asupra lor mai mult, cu atât este mai dăunător. Când cineva nu are capacitatea de a simți căldura, riscul de a fi ars crește.

Inevitabil, gândirea negativă, mai sinceră, va duce în zone de durere și conflict pe care le-am evitat. Nu poate fi altfel. Nevoia copleșitoare a copilului de a evita durerea și conflictele este responsabilă pentru personalitatea sau stilul de adaptare care ulterior predispune adultul la boală.

Natalie, cu scleroză multiplă, și-a suportat soțul alcoolic și abuziv emoțional. L-a îngrijit cu devotament în convalescența de după două operații de cancer și i-a tolerat cererile iritante. El a trădat-o, dar chiar și la câțiva ani după moartea lui, tot nu spune nu așteptărilor celorlalți. „După cinci ani, tot nu am învățat că trebuie să o iau mai încet. Adesea, corpul îmi spune nu și eu tot merg înainte. Pur și simplu nu învăț." Explicația lui Natalie? „Infirmiera din mine nu îmi permite să mă opresc." Aceasta este povestea pe care și-o spune, de parcă ar exista într-adevăr o „infirmieră"

puternică în ea, care îi controlează comportamentul. Când Natalie nu spune nu, este stresată și suferă o criză de SM. Dar pentru a se elibera de un asemenea stres, va trebui să accepte realitatea dureroasă că numai propriile alegeri, bazate pe percepțiile din copilărie, o fac incapabilă să își afirme nevoile.

Mulți oameni sunt blocați de la autocunoaștere și de la dezvoltarea personală de mituri pe care se simt obligați să le respecte - de a fi avut o „copilărie fericită". Un moment de gândire negativă le-ar da posibilitatea să vadă amăgirea care îi blochează în modele comportamentale care îi afectează.

Jean, secretară juridică în vârstă de 35 de ani, a fost diagnosticată la vârsta de 24 de ani cu scleroză multiplă, suferind slăbiciune, amețeală, oboseală, probleme ale vezicii urinare și, în cele din urmă, o pierdere temporară a vederii. A petrecut aproape un an în instituții medicale, într-un spital de tratamente intensive și apoi într-o unitate de reabilitare. Puținele recidive au fost mult mai blânde.

Jean s-a căsătorit la 19 ani. Primul ei soț era un bărbat mai în vârstă, abuziv si obsedat de control. [9]

— In mare parte emoțional, verbal, dar și fizic. M-a lovit. A fost momentul în care am decis să plec. Obișnuia să îmi înregistreze conversațiile telefonice cu prietenii. Aveam două locuri de muncă - cântam noaptea, și eram îngrijitoare în timpul zilei. Ii dădeam cecul de plată. Nu mi-a plăcut să lucrez în trupa lui. Prea multe călătorii. Eram singură. Am avut și o problemă de nutriție o mare parte din viață. Când am intrat în spital, cântăream 40 de kilograme la 1,70 m. Eram anorectică. Intr-o zi, mi-am părăsit soțul și am ajuns la spital.

- Faptul că suporți cinci ani un bărbat abuziv mai în vârstă s-ar putea să nu fie întâmplător. Cred că spune multe despre familia ta.

- Nu sunt deloc de acord. Familia mea era extrem de departe de a fi abuzivă. Am o familie incredibil de înțelegătoare. Am doi frați, o soră și părinți care au avut o căsnicie fericită timp de 45 de ani. Nu am fost niciodată tratată cu altceva în afară de grijă, dragoste și tandrețe.

- Nu am folosit cuvântul *abuziv* pentru familia ta. Am spus că povestea ta îmi spune multe despre familia din care provii.

- A! [pauză lungă] Nu știu. Ce îți spune asta?

- Dă-mi voie să te întreb mai întâi dacă ai fost vreodată abuzată sexual când erai copil.

- Nu, sau a fost un episod de atingere nepotrivită când aveam cam 11 ani, de către un tip care lucra cu tatăl meu. Am mers cândva cu corturile. Le-am mărturisit părinților ce se întâmplase. *Nu le-am spus la acea vreme, le-am spus câțiva ani mai târziu.* Eram la un foc de tabără și eu aveam pantaloni scurți. El mi-a spus ce fată drăguță sunt și m-am simțit măgulită. Și-a plimbat mâna în sus pe interiorul piciorului meu. Cred că totul a continuat cam o jumătate de oră, dar când a început să mă pipăie, atunci mi-am cerut scuze și am plecat. Și știam că eram supărată din cauza asta. Nu prea mi-era clar. Aproape că mă îndoiam de mine. Chiar și în timp ce îți spun, pare că nu a fost mare lucru. Dar lucrul ăsta nu-mi iese din minte. îmi amintesc sentimentul care-1 înconjoară, sentimentul murdar, bleah, oribil care îl înconjoară.

- Dacă ai avea o fiică de 11 ani și i s-ar întâmpla ceva de genul ăsta, ce ți-ar plăcea să facă?

- Uau. Nu aș vrea ca ea să aștepte câțiva ani până când să spună ceva, asta-i sigur.

- De ce nu?

- Pentru că aș dori să pot discuta asta cu ea de la început și să o ajut să înțeleagă toate sentimentele pe care le are.

- Și dacă nu ți-ar spune?

- Aș crede că se teme să îmi spună. Nu știu ce aș crede...

Jean își reținea lacrimile, dar dorea să continue interviul.

- îți amintești că a fost fericită copilăria.

- Absolut.

- Spune-mi despre anorexie.

- Cred că aveam cam 15 ani. Anorexia nu a avut un nume până mai târziu, când s-a transformat în bulimie. Vomitam prânzurile și niciodată nu mi-am dorit micul dejun. Eram atât de slabă. Părinții mei s-au îngrijorat mult.

- Știi ce a fost în mintea ta?

- în cea mai mare parte, a fost nesiguranța imaginii corporale prin care trec toate adolescentele. Nu-mi amintesc să mă fi gândit că eram greoaie - nu am fost niciodată. M-am gândit că aș fi mai populară dacă aș fi mai slabă. Valoarea mea se baza pe faptul că oamenii mă iubesc sau nu. Am vrut ca toată lumea să mă placă.

- Cred că sentimentul propriei valori provine din cât de apreciat se simte cineva de către părinții săi.

- Am simtit că trebuie să iau numai note de 10 ca să mă iubească. Am o soră mai mare, care, la vremea aceea, îi trecea pe părinții mei prin iad și primea toată atenția lor. Sora mea a avut și ea o boală de sânge, așa că, atunci când eram mai mici, atenția s-a concentrat asupra ei. A fost spitalizată și mult timp au crezut că are leucemie.

- Dă-mi voie să derulez acest trecut. Erai un copil care, dacă nu primea note de 10, simțea că nu este iubit de părinți, care la vârsta de 11 ani a fost supus unui avans sexual nepotrivit. Se simțea rău, dar nu le-a spus părinților. La 15 ani ai devenit anorectică. Și ai avut o copilărie absolut fericită. Ce nu e în regulă cu această imagine?

Jean râde.

- Ei bine, pentru că atunci când mă uit înapoi la anii de adolescență, nu au fost un iad. Pur și simplu nu era. Boala de nutriție tocmai apărea.

- Observi că îmi eviți întrebarea?

- Ce nu e în regulă cu imaginea respectivă? Nu mi se pare o copilărie fericită. Dar nu mă gândesc că am avut o copilărie nefericită.

Excluderea amintirilor mai întunecate ale lui Jean din copilărie este tipică. Un studiu a comparat percepțiile pacienților cu scleroză multiplă cu ale celor din grupul de control non-SM. Subiecții au fost rugați să își considere copilăria nefericită, moderat fericită sau foarte fericită.[222] Mai mult de 80% din ambele grupuri au spus că viața lor acasă a fost fie moderat fericită, fie foarte fericită. Se pare că marea majoritate a ambelor grupuri, în proporții aproximativ comparabile, și-au amintit că au crescut în Țara lui Oz. Dar când oamenii se deschid în legătură cu emoțiile și viețile lor, așa cum face Jean aici, astfel de imagini idealizate din copilărie rămân rareori intacte.

- Anorexia a fost modul meu de a renunța la sentimente. Dar de ce am abordat acest lucru astfel, nu știu.

- Poate că i-ai văzut pe părinții tăi suferind din cauza surorii tale și ai vrut să îi protejezi. Ai preluat rolul de îngrijitoare. Este posibil să ai în continuare grijă de oameni, chiar și atunci când nu ești conștientă de acest lucru... Părinții, frații si surorile sau soțul tău. >) >

- Sau toți. Cu soțul meu, dacă e furios sau supărat, primul meu gând este: „Cum pot s-o rezolv?“ Și nici măcar nu este vorba despre mine. Pentru mine este ceva automat. Acum lucrez la vindecarea cancerului lui de prostată—. Nu-i așa că sunt deșteaptă?

- Nu o vei face. Dar s-ar putea să izbucnești la un moment dat.

- Am făcut asta anul trecut, când a fost diagnosticat prima oară. Am avut o criză iarăși când mama soțului meu a fost bolnavă și apoi a murit - eram atât de îngrijorată pentru el, încât am neglijat să am grijă de mine. Nu am mâncat bine și nu m-am odihnit suficient. Și încă o mai fac cu părinții mei. Ii scutesc de tot felul de lucruri de care mă tem că le-ar face rău. Nu am vorbit niciodată cu ei despre tulburarea de alimentație. Nu le spun întotdeauna dacă am o criză de SM, o minimalizez, pentru că se îngrijorează mult.

Adesea, amintirile unui adult despre viața din familia lui nu țin cont de prețul ascuns pe care copilul a trebuit să-1 plătească pentru aprobarea și acceptarea părinților. Pamela Wallin, jurnalista canadiană diagnosticată în 2001 cu cancer intestinal, oferă o primă descriere a acestui lucru în memoriile sale, *Since You Asked.* Vedem în scrierea ei clivajul dintre amintirile adultului și realitatea emoțională a copilului. Ea își avertizează cititorul: „Ceea ce urmează se poate citi ca un jurnal de călătorie pentru un oraș sau ca o reclamă familistă plătită, dar, în ce mă privește, este adevărul. Simt că am avut o copilărie aproape perfectă. “ Este imposibil să reconciliem această viziune idealizată cu unele dintre scenele descrise de Wallin (în prezent, înalt Comisar canadian la New York) în mod sincer. într-un pasaj, Pamela își amintește că a fost intimidată cronic de sora ei mai mare. Furia ei înăbușită în legătură cu acel lucru ajunsese la un asemenea punct de fierbere, încât odată, din răzbunare, și-a rănit sora la braț. „Bonnie continuă să poarte cicatricea pe braț de la rana pe care i-am facut-o deliberat cu o zi înainte de un eveniment important, când trebuia să poarte o rochie nouă, fără mâneci. A trebuit să împrumute un șal pentru a ascunde urâtul act de răzbunare.“ Până în ziua de azi, scrie Wallin, ea dă vina pe Bonnie pentru că i-a insuflat frica de întuneric. Ca să scape de Pamela când o vizita iubitul, Bonnie își gonea sora mai mică în dormitor, stingea lumina și trântea ușa. „Știa foarte bine că mă temeam prea mult de posibilii monștri de sub pat ca să traversez camera cufundată în întuneric și să mă întorc la lumină, așa că era garantat că voi rămâne tremurând, fără să îi stau în cale până la sfârșitul serii." Povestea e spusă cu o urmă de veselie.

Aici lucrează un fel de „sindrom de memorie falsă“ în sens invers: la nivel conștient, oamenii își amintesc adesea doar părțile fericite ale copilăriei. Chiar dacă sunt reținute incidentele tulburătoare, aspectele emoționale ale acelor evenimente sunt suprimate. Dragostea părintească este în mod legitim amintită, dar sentimentele copilului de a nu fi înțeles sau susținut emoțional nu sunt. In acest caz, este absentă orice amintire despre cum s-ar putea simți un copil care nu are siguranța de a-și mărturisi părinților groaza și furia că a fost închis singur într-o cameră întunecată. Această lipsă de siguranță a fost confirmată de un episod mai dureros care a avut loc în adolescența Pamelei, când a cerut ajutorul și intervenția mamei sale în privința unei situații problematice în clasă.

Mama Pamelei era profesoară la şcoala unde învățau fiicele sale. „Doar o singură dată m-a pedepsit aspru. Unul dintre profesorii noștri de la clasă ne atingea sânii în timpul orei, iar mama a fost reticentă să creadă acuzațiile mele aduse la adresa unuia dintre respectabilii ei colegi. Ea a spus, și presupun că reflectă vremurile acelea, că eu ar trebui să le explic celorlalte fete să stăm în așa fel încât să facem imposibilă atingerea nedorită. Așa am făcut și pur și simplu am așteptat sfârșitul anului, astfel încât să trecem în clasa următoare și să stăm la distanță de el... Toate se pare că am supraviețuit acestei experiențe fără cicatrici emoționale." Problema rezidă în „pare a supraviețui". Cicatricile emoționale sunt cel mai adesea invizibile. Dar cicatricile de orice fel sunt mai slabe și mai puțin rezistente decât țesutul pe care îl înlocuiesc: ele rămân locuri pentru potențiale dureri și perturbări viitoare, cu excepția cazului în care sunt recunoscute și îngrijite.

O remarcă piezișă din cartea ei, conform căreia „copiii nu pot vorbi deschis cu părinții lor", este singura referire a Pamelei la faptul că nu a fost ascultată când era copil. Nu există o descriere a frustrării pe care un copil o simte atunci când adulții importanți nu știu cum să asculte. In general, ea insistă că nu avea „demoni de exorcizat", o remarcă lămuritoare pentru negarea anxietății, mâniei și emoțiilor negative pe care studiile privind pacienții cu cancer le-au raportat constant.

Detașarea - de exemplu, visarea cu ochii deschiși - îi permite copilului să îndure experiențe care altfel ar putea declanșa reacții care l-ar pune în dificultate. Acest tip de disociere este în joc atunci când o persoană reține în mod conștient amintirea unor evenimente din trecut, dar nu pentru rezonanța emoțională traumatizantă a acestora. Asta explică multe „copilării ferici te “, cum ar fi cea pe care Iris cu LES insistă că a avut-o, în ciuda tiraniei tatălui său si a absentei emoționale a mamei. *9* *9*
9

— Tatăl meu era iute la mânie și, când se enerva, nu știai niciodată ce se va întâmpla. Farfuriile zburau, cineva putea fi lovit.

- Ai fost lovită?

- Niciodată. Eu am fost preferata tatălui meu.

- Cum ai obtinut acest statut? *9*

— *Dispăream.* Am dezvoltat această capacitate încă de la începutul vieții.

- Iți amintești să fi fost nefericită în copilărie?

- Nefericită? Nu.

- Poate un copil să nu fie trist în asemenea circumstanțe?

- De obicei, nu îți mai pasă.

- Deci nu știi cu adevărat dacă ai fost nemulțumită sau tristă, pentru că nu ți-a mai păsat.

- Așa este. Nu îmi amintesc probleme uriașe din copilăria mea.

- De ce ar trebui cuiva să nu-i mai pese? De ce nu te-ai putea duce la cineva să vorbești despre asta? Dar cu mama ta?

- Ei bine, nu, nu am putut vorbi cu mama mea, pentru că nu voiam ca ea să știe că sunt nefericită. Pe de altă parte, ea nu exista cu adevărat ca entitate separată de tatăl meu. Era o persoană neutră. Copilul are un limbaj limitat. Numi păsa, dar, pe de altă parte, eram foarte fericită în nepăsarea mea.

-Ah?

- Mă jucam cu păpuși... Bine, nu contează. Voiam să spun că *am ros* păpuși!
- Cum adică le-ai ros?

- Erau fabricate din plastic și le rodeam degetele de la mâini și de la picioare!

- Le mutilai, odată cu furia ta înăbușită. Gândește-te la asta - când trebuie să nu ne mai pese?

- Când suferim...

- în cele din urmă, când nu îți mai pasă destul, îți poți imagina că ești fericită. Ești fericită doar pentru că nu îți mai pasă de o parte uriașă din realitatea ta. Ceea ce înseamnă că nu îti trăiești viata cu adevărat.

>) >

- De acord.

în cele din urmă, mă întorc la Darlene, brokerul de asigurări al cărei cancer ovarian a fost diagnosticat întâmplător, în timpul unei investigații privind infertilitatea. Nimic din istoria ei nu putea fi descris nici pe departe ca durere. Singura experiență negativă din viața ei, după cum a relatat, au fost cancerul ovarian și recurența neașteptată a acestuia, în ciuda diagnosticului și tratamentului într-un stadiu incipient. Prognosticul inițial, a afirmat ea, a fost „festiv“, iar recurența, „devastatoare".

„Am vrut întotdeauna să îmi controlez viața, am avut mereu grijă de mine. Mănânc bine, fac exerciții, sunt într-o formă foarte bună. Nu am avut niciodată obiceiuri proaste." Singurul factor de risc pe care l-a avut a fost infertilitatea. Darlene își descrie viața în termeni care, pentru urechile mele, sună prea bine ca să fie adevărați. Nu își poate aminti niciun incident nefericit din toată copilăria, niciun moment de teamă, furie, anxietate sau tristețe.

- Sunt cea mai mare dintre trei fete. Toate trei suntem incredibil de apropiate, ca mama și tatăl meu, care încă trăiesc și sunt foarte sănătoși. în plus, familia soțului meu și cu mine suntem foarte apropiați. Am fost binecuvântată cu familia și cu prieteni cu adevărat buni, profunzi - unii pe care îi am de la cinci ani. Prietenii si familia mea sunt o sursă uriașă de 9

inspirație. Cred că sunt foarte norocoasă în această privință.

Ovarul canceros al lui Darlene a fost extirpat în 1991. Ea l-a păstrat pe cel din stânga, sperând să rămână însărcinată în viitor. A reușit cu succes să conceapă un copil un an mai târziu.

- Vorbim cu toții despre acest marcaj de cinci ani și am reușit să trec peste asta. Cam la vreo cinci ani și jumătate după ovariectomia mea, când fiul meu avea patru ani, aveam simptome inofensive: eram obosită, pierdusem puțin din greutate - dar numai două kilograme și jumătate, nimic important. Aveam un copilaș, o carieră și o gospodărie plină. Partea de jos a spatelui mă durea, dar credeam că era de la copil, de când tot încercam să-1 bag și să-1 scot din salopete. Când am fost diagnosticată din nou în 1996 și boala ajunsese la metastază, am fost, în mod evident, devastați - iar prognosticul a fost foarte, foarte diferit, cu răspândirea la celălalt ovar, uter și locuri din abdomenul inferior.

- Sunt curios, având în vedere istoricul de cancer ovarian, de ce aceste simptome nu te-au alarmat mai devreme. Ce i-ai recomanda unei prietene, dacă ar avea istoricul și simptomele tale?

- Ei, bine. Când vine vorba de prietenele mele, dacă au o unghie încarnată, eu le trimit la ginecolog.

- Această diferență dintre modul în care te tratezi pe tine și modul în care îi tratezi pe ceilalți este una dintre sugestiile pe care mi le-ai dat că nu totul din viața ta a fost așa cum prezinți tu. Una este atunci când spui: „Cred că am fost foarte norocoasă" în descrierea relațiilor tale. *Cred (că)* este un calificativ -pentru mine, indică incertitudine; reflectă un zbucium interior. Poate că ceea ce crezi nu este ceea ce simți; altfel, ai fi afirmat pur și simplu că ești norocoasă. De asemenea, observ că zâmbești atunci când vorbești despre durerile și suferințele tale, de parcă ai încerca să atenuezi impactul cuvintelor. Cum și de ce ai fi învățat să faci acest lucru? Văd tot timpul reflexul de a zâmbi la oameni când vorbesc despre durere fizică, despre evenimente dureroase, despre incidente sau gânduri. Cu toate acestea, când se nasc, ei nu au capacitatea de a ascunde sentimentele. Dacă un copil nu se simte confortabil sau este nefericit, plânge, e trist, supărat. Orice facem pentru a ascunde durerea sau tristețea este un răspuns dobândit. Poate că ar fi logic să ascundem emoții negative în anumite circumstanțe, dar mulți dintre noi o fac tot timpul, și o fac automat. Intr-un fel, oamenii sunt instruiți - unii mai mult decât alții - să se ocupe în necunoștință de cauză de nevoile emoționale ale altor persoane și să minimalizeze propriile nevoi. își ascund durerea și tristețea, chiar și de ei înșiși.

Darlene asculta gânditoare. Nici nu era de acord, nici nu dezaproba.

- Este o perspectivă interesantă. Ar trebui cu siguranță să o dezbatem în grupul meu de sprijin pentru cancerul ovarian. Nu știu cum să răspund la asta chiar acum și nu cred că ai nevoie de un răspuns imediat. Este intuitiv și te pune foarte mult pe gânduri. Iți mulțumesc pentru asta.

Dezvoltarea curajului de a gândi negativ ne permite să ne uităm la noi înșine asa cum suntem cu adevărat. Există o consecventă remarcabilă în stilurile de *9*

9

adaptare ale oamenilor la numeroasele boli pe care le-am luat în considerare: reprimarea furiei, negarea vulnerabilității, „hiper-independența compensatorie". Nimeni nu alege aceste trăsături deliberat sau nu le dezvoltă conștient. Gândirea negativă ne ajută să înțelegem exact care au fost premisele vieții noastre și modul în care trăsăturile au fost modelate de percepțiile asupra mediului nostru. Relațiile familiale care ne secătuiesc au fost identificate ca *9*

factori de risc în practic toate categoriile de boli majore, de la afecțiuni neurologice degenerative la cancer și chiar boli autoimune. Scopul nu este să ne învinovățim părinții, generațiile anterioare sau soții/soțiile, ci să renunțăm la convingerile care s-au dovedit periculoase pentru sănătatea noastră. „Puterea gândirii negative" necesită îndepărtarea ochelarilor roz. Nu dăm vina pe alții, ci ne asumăm relațiile, căci aceasta este cheia.

Nu este un lucru lipsit de importanță să le cerem oamenilor cu boli nou diagnosticate să își examineze relațiile ca pe un mod de a-și înțelege boala. Pentru oamenii care nu sunt deprinși cu exprimarea sentimentelor și care nu sunt obisnuiti să îsi recunoască nevoile emoționale este extrem de dificil să
) 9 9 9

găsească încrederea și cuvintele pentru a-i aborda pe cei dragi atât cu compasiune, cât și înțelegere. Dificultatea este cu mult mai mare în punctul în care au devenit mai vulnerabili și mai dependenți ca niciodată de sprijinul altora.

Nu există un răspuns ușor la această dilemă, dar, lăsând-o nerezolvată, va continua să creeze permanente surse de stres care, la rândul lor, vor genera mai multe boli. Indiferent ce încearcă pacientul să facă pentru sine însuși, sarcina psihică pe care o poartă nu poate fi ușurată fără o apreciere clară și plină de compasiune a celor mai importante relații din viața sa. După cum am văzut, *nu așteptările și intențiile celorlalți, ci percepția pe care o avem despre ei este cea care servește drept factor stresant.* Jean, cu SM, a devenit furioasă din cauza îngrijorării în legătură cu cancerul de prostată și a asumării responsabilității pentru căutarea îngrijirii medicale adecvate soțului ei. Pe Ed l-a nemulțumit „ținerea sub control" a lui Jean, dar nu a putut să îi comunice sentimentele lui. Convingerea lui Jean că trebuia să fie responsabilă pentru Ed - și convingerea lui Ed că ea era în măsură să-1 controleze - erau percepții bazate pe modele de relații pe care fiecare le construise de mic copil.

„Majoritatea tensiunilor și frustrărilor noastre decurg din nevoi compulsive de a juca rolul altcuiva", a scris Hans Selye. Puterea gândirii negative cere să acceptăm că nu suntem la fel de puternici pe cât ne dorim noi să credem. Imaginea puternică pe care o avem despre noi a fost generată să ascundă o slăbiciune - a copilului. Fragilitatea noastră nu este ceva de care să ne fie rușine. O persoană poate fi puternică și totuși să aibă nevoie de ajutor, poate fi puternică în anumite domenii ale vieții și neputincioasă și confuză în altele. Nu putem face tot ce credem. După cum multe persoane afectate de boală își dau seama, uneori prea târziu, încercarea de a trăi conform unei imagini a sinelui puternic și invulnerabil generează stres și perturbă armonia internă. „Pot să fac orice" a fost felul în care Don, cu cancer intestinal, și-a descris atitudinea înainte de boală. „Nu am încercat să ajut toate femeile cu cancer ovarian", și-a dat seama Gilda Radner după remisiunea bolii ei. „Nu am putut citi fiecare scrisoare primită, pentru că mă sfâșia."

Dacă învățăm să gândim negativ, încetăm să minimalizăm emoțiile pierderii. De multe ori în interviurile pentru această carte, oamenii și-au calificat durerile și stresul prin cuvinte și expresii precum „doar un pic" sau „poate" sau „s-ar putea". Să ne amintim de Veronique, cu scleroză multiplă, care a respins stresul cumulativ al unei despărțiri de un iubit alcoolic, de

mizeria financiară și alte evenimente dificile din viață, catalogându-le ca „nu neapărat rele".

îmi trăiesc viața în conformitate cu adevărurile mele cele mai profunde sau pentru a răspunde așteptărilor altcuiva? Cât din ceea ce am crezut și am făcut îmi aparține, de fapt, și cât de mult a fost în slujba unei imagini de sine pe care am creat-o inițial din convingerea că era necesar să îi mulțumesc pe părinții mei? Magda, cu dureri abdominale severe, a devenit medic împotriva propriilor înclinații - nu pentru că mama și tatăl ei au cerut acest lucru sau fiindcă au rugat-o, ci pentru că a transformat convingerile lor în ale ei. Și a făcut asta cu mult înainte de a fi suficient de matură pentru a hotărî ce să facă în viață. „Aproape toate realizările mele au fost într-un fel sau altul legate nu de aspirațiile *mele,* ci de aspirațiile tatălui meu", a scris Dennis Kaye, care apoi a murit de SLA.

„[Nu sunt] nici pe jumătate femeia care a fost mama mea", a scris fosta prima doamnă a SUA, Betty Ford. „Mama mea a fost minunată, puternică, binevoitoare și principială, și nu m-a dezamăgit niciodată. De asemenea, a fost o perfecționistă și a încercat să își programeze copiii pentru perfecțiune."[222] Puterea de a gândi negativ i-ar fi permis doamnei Ford să se întrebe cât de bine este să încerce să „programeze" un copil pentru perfecțiune. In loc să se refugieze de propriile judecăți în alcool și de o viață de stres care a culminat cu cancerul mamar, dacă ar fi fost înarmată cu o gândire negativă, Betty ar fi respins standardele imposibile ale perfecționismului. „Nu sunt nici pe jumătate femeia care a fost mama mea“, ar fi putut să spună cu încântare. „Și nu vreau să fiu nici un sfert din femeia care a fost ea. Vreau doar să fiu eu însămi."

Laura, cu SLA, s-a simțit vinovată pentru că nu dorea oaspeți în pensiune când menajera ei era în vacanță. Ea și-a asumat sarcina de a-i găzdui, deoarece sentimentul de vină era mai puternic decât stresul de a avea grijă de oaspeți chiar dacă era inaptă fizic.

- încerc să ajut oamenii tot timpul, a spus Ed, cu cancer de prostată.

- Si dacă nu?

- Mă simt rău în această privință. Vinovat.

Pentru mulți, *vina este un semnal că au ales să facă ceva pentru ei înșiși.* îi avertizez pe cei mai mulți oameni cu afecțiuni medicale grave că probabil ceva este în dezechilibru dacă *nu* se simt vinovați. Ei încă își plasează propriile nevoi, emoții, interese la urmă. Puterea gândirii negative le-ar permite oamenilor să își întâmpine cu bucurie vina, în loc să o evite. Ed ar putea spune: „Mă simt vinovat? Minunat. Aleluia! înseamnă că trebuie să fi făcut ceva corect, să fi acționat în numele meu pentru o schimbare." „Cel mai important lucru este controlul", a spus Ed despre îngrijirea maternă solicitantă a soției sale, Jean. ‚^m resentimente." Și cum se descurcă el cu acest lucru? „îl ascund." Puterea gândirii negative i-ar permite lui Ed să accepte vina de a se afirma împotriva intervențiilor soției în alegerile lui personale, indiferent cât de bine intenționate. >

Un terapeut mi-a spus odată: „Dacă ai de ales între a simți vina și resentimentul, alege vina de fiecare dată." Este înțelepciunea pe care de atunci am transmis-o mai departe multor oameni. Dacă un refuz te împovărează cu vină, iar consimțământul lasă resentimente în urma sa, optează pentru vină. Resentimentul este sinucidere sufletească. Gândirea negativă ne permite să privim fără ezitare, pentru binele nostru, la ce nu funcționează. Am văzut în nenumărate studii că gânditorii pozitivi compulsivi au mai multe șanse să dezvolte boli și mai puține șanse de supraviețuire. Gândirea pozitivă autentică - sau, mai profund, *ființarea* pozitivă - ne dă puterea să știm că nu avem de ce să ne temem de adevăr. „Sănătatea nu este doar o chestiune de a avea gânduri fericite", scrie cercetătorul molecular Candace Pert. „Uneori, cel mai mare impuls pentru vindecare poate veni de la pornirea sistemului imunitar cu o explozie de furie suprimată de multă vreme."—

Amărăciunea, sau mai precis experiența sănătoasă a acesteia, este unul dintre cei șapte „A" ai vindecării. Fiecare dintre cei șapte „A" se referă la una dintre convingerile încorporate care predispun la boală și subminează vindecarea. Le analizăm în capitolul nostru final.

Note:

204 M.E. Kerr și M. Bowen, *op. cit.,* p. 279.

205 M.R. Jensen, „Psychobiological Factors Predicting the Course of Breast Cancer", *Journal of Personality,* voi. 55, nr. 2, iunie 1987, p. 337.

206 S.M. Levy, *loc. cit.* („Behavoir and Cancer")

207 S.Warren et al., „Emoțional Stress and the Development of Multiple Sclerosis: Case-Control Evidence of a Relationship", *Journal of Chronic Disease,* voi. 35, 1982, pp. 821831.

208 Soțul lui Jean, Ed, a fost intervievat în privința cancerului de prostată. *Vezi* capitolul 8. *(N. a.)*

209 B. Ford, *loc. cit.*

210 C.B. Pert, *op. cit.,* p. 193.

CAPITOLUL 19 Cei șapte „A“ ai vindecării

Atât debutul de melanom malign, cât și capacitatea organismului de a-i supraviețui implică sistemul imunitar. In ciuda prognosticului potențial fatal, există multe cazuri înregistrate de remisiune spontană în această boală -cancerul dispare fără tratament medical. Deși reprezintă doar 1 % din totalul de cancere, melanomul malign dă 11% din remisiunile spontane de cancer.—

Publicația *Cancer* a semnalat un caz de vindecare spontană la un bărbat de 74 de ani. Cancerul a fost găsit într-o aluniță cu aspect suspect, îndepărtată de pe peretele toracic în 1965; el a avut o remisiune șapte ani mai târziu, tot pe piept, sub forma a numeroase alunițe mici. Noile leziuni au rezultat din răspândirea locală a melanomului inițial. Totuși, de această dată, pacientul a refuzat toate tratamentele. Opt luni mai târziu, o vizită de monitorizare a arătat că tumorile mici care însămânțaseră zona erau plate și mai deschise la culoare. Pacientul a permis efectuarea unei biopsii mici; exista o pigmentație locală, dar nu și cancer. Anul următor au fost prezente și alte semne clinice de vindecare.

Rezultatele imunologice erau edificatoare. S-au petrecut trei lucruri: mai întâi, limfocitele atacaseră tumoarea; apoi, celulele mai mari, numite macrofage, au ajutat efectiv la mâncarea melanomului; în cele din urmă, a existat un aflux de anticorpi care au participat, de asemenea, la distrugerea malignității.

Organismul bărbatului a mobilizat resurse imunitate formidabile pentru a învinge cancerul.

Remisiunea spontană ridică două întrebări importante: de ce, la unele persoane, aceste resurse nu sunt suficient de puternice pentru a distruge celulele canceroase înainte de apariția clinică a melanomului și ce permite sistemului imunitar al unor oameni să depășească acest cancer potențial mortal chiar și după ce apare? Ne-am pus aceleași întrebări cu privire la

rezultatele extrem de diferite de la o persoană la alta, în ciuda aparentelor similitudini ale patologiilor analizate.

Intr-o serie de trei studii, cercetătorii din San Francisco au analizat modelul de Tipul C al emoției negative reprimate în cazul pacienților cu melanom. In cursul unei monitorizări de 18 luni, aceștia au constatat o strânsă legătură între reprimare și probabilitatea unei recidive sau a decesului. Celulele ucigașe naturale atacă celulele anormale, oferind astfel o linie de apărare împotriva cancerului. Celulele NK au o capacitate demonstrată de asimilare a melanoamelor. Ca în cazul cancerului de sân, acestea sunt mai puțin active la persoanele care își reprimă emoțiile.

Unul dintre studii a examinat grosimea melanomului inițial în relația cu personalitatea. Grosimea cancerului la prima biopsie este corelată cu prognosticul: cu cât este mai groasă leziunea, cu atât este mai puțin favorabilă perspectiva. S-au constatat punctaje mai mari pe Scara de adaptare a melanomului de Tip C asociate unor leziuni mai groase: „Adaptarea la melanomul de Tip C este caracterizată de acceptarea pacienților că au melanom. Sunt mai preocupați de membrii familiei decât de ei înșiși, încercând să nu se gândească la acest lucru, făcând față prin perseverență și prin încercarea de a-și bloca sentimentele și fiind considerați puternici și capabili să rezolve lucruri.

Aceste date din studiul San Francisco au confirmat concluziile unui studiu anterior, din 1979, potrivit căruia pacienții cu melanom care se adaptaseră mai greu la diagnostic - cu alte cuvinte, ale căror răspunsuri erau mai puțin favorabile și mai resemnate - au avut, de asemenea, mai puține șanse de rcmisiunc.^ Chiar și asistența psihică rudimentară poate aduce schimbări, sugerează un studiu-pilot realizat la UCLA, School of Medicine, de psihiatrul EI. Fawzy. Treizeci și patru de persoane cu melanom comparabil în stadiul 1 au fost înscrise în grupurile experimentale și, respectiv, grupul de control al studiului. „Intervenția lui Fawzy a fost extrem de redusă. Aceasta a constat în numai șase ședințe de grup structurate pe o perioadă de șase săptămâni, fiecare ședință având o durată de o oră și jumătate. Reuniunile grupului au oferit (1) cunoștințe despre melanom și consiliere nutrițională de bază; (2) tehnici de gestionare a stresului; (3) îmbunătățirea competențelor de adaptare și (4) sprijin psihic din partea personalului și a

altor membri ai grupului.“ Șase ani mai târziu, zece dintre cei 34 de pacienți din grupul inițial care nu primiseră sprijin psihic au murit, iar alți trei au avut remisiuni. In grupul de sprijin, doar trei dintre cei 34 au murit, iar patru au înregistrat remisiuni.— La începutul studiului, s-a evidențiat o funcție imunitară îmbunătățită în rândul pacienților din grupul de sprijin.[21]^

Ar fi de dorit ca persoanele cu melanom și alte forme de cancer să își amplifice capacitatea de a inversa procesul malign, prin a le fi oferit ajutor să se înțeleagă și să devină mai blânde cu ele însele și mai tolerante cu propriul mod de a face față emoțiilor. Harriette, o scriitoare de 50 de ani, este convinsă că alegerea de a lupta împotriva cancerului în felul ei, inclusiv cu psihoterapie intensivă, este responsabilă pentru remisiunea melanomului malign la tibia dreaptă.

- Nu am avut prea multă încredere în medici. Am făcut unele cercetări și am găsit această clinică alternativă în Tijuana. Ei au tratat melanomul ca boală a întregului corp, primul lucru care mi-a plăcut. Să am operație la picior și după aceea nicio monitorizare nu mi s-a părut în regulă. M-am dus în Mexic și m-au tratat cu o serie întreagă de lucruri, inclusiv un vaccin, o dietă, tonic și niște paste din plante pe care le folosesc pentru a le arde pe picior. M-am întors în fiecare lună și apoi la trei luni și la șase luni, dar am început să îmi dau seama că era ceva greșit în modul în care abordam lucrurile. Pentru început, nu am avut medic de familie în Canada. M-am opus autorității doctorilor, dar aici am acceptat tratamentul de la medicii din Mexic.

Am crezut că cel puțin ar trebui să obțin un medic de familie - și asta era, de fapt, situația când te-am întâlnit. Nu m-ai cunoscut dinainte, dar imediat ce am menționat melanomul, ai spus: „Știi că există un profil psihologic pentru pacienții cu melanom, nu-i așa?“ Nimeni nu îmi mai pomenise asta înainte, dar când l-ai descris, corespundea perfect imaginii. De asemenea, mi-ai spus că ar trebui să fac operația și că ai putea aranja asta, dar că intervenția chirurgicală, în sine, nu poate fi de ajutor decât dacă mă ocup mai întâi de incapacitatea mea de a avea propriile sentimente și de toate celelalte probleme. Așa că am făcut terapie timp de șase luni. Era foarte intens. După aceea, am făcut intervenția chirurgicală. Chirurgul plastician a fost șocat să mă vadă, deoarece mi-a spus că biopsia pe care o făcuse inițial arăta că aveam melanom malign invaziv, destul de avansat. El se aștepta la ce-i mai

rău. Și totuși, când a făcut operația, a descoperit că era doar un țesut pigmentat anormal, dar nu melanom.

M-am întrebat dacă schimbarea s-a datorat tratamentului din Mexic sau terapiei la care a fost supusă Harriette. Deși nu îmi erau deloc bine cunoscute detaliile metodei mexicane, aceasta a presupus probabil vaccinul BCG pentru stimularea sistemului imunitar - o abordare care, în unele cazuri, a fost utilizată cu succes împotriva melanomului. Harriette crede că a fost o combinație între metode. >

- Cred că tratamentul din Mexic a funcționat, dar continua să mă mai furnice și am simțit că mai era ceva acolo - o furnicătură și o negreală sub piele.

- Ce ai aflat prin terapie?

- A trebuit să o iau chiar de la început. Mama mea a murit când eram foarte mică. Din cele trei surori, eu am fost cea mijlocie, toate sub patru ani, două dintre noi în scutece. Sora mea mai mică avea doar opt luni și avea des colici. Niciuna dintre noi nu primea prea multă atenție, dar puțina atenție era îndreptată către sora mea. Am fost târâte dintr-un loc în altul, pentru că tatăl meu era un vânzător ambulant. In mai puțin de un an, s-a căsătorit cu cineva care semăna mult cu mama. Ea era Vrăjitoarea cea Rea din Vest.

Avea propriile probleme. Pentru noi, a fost îngrozitoare. In cele din urmă, ne-a trimis la o mănăstire franco-canadiană. Nu-i plăceau copiii - ea era cea mai mare dintre 14 copii și își crescuse toți frații și surorile mai mici. Abia aștepta să plece de acasă. A ajuns secretară la ambasada canadiană din Costa Rica. Era o femeie foarte strălucitoare, dar la 33 de ani era celibatară. După câte se pare, tatăl meu a cerut mâna tuturor femeilor disponibile din comunitatea vorbitoare de limba engleză din Costa Rica în anul următor morții mamei mele și toate au spus nu. Ea a spus da - nu își dorea copii, nu-i plăceau copiii, dar acesta era pactul ei cu diavolul. Iar tatăl meu? A fost acasă 52 de zile în primul an când s-au căsătorit. lat-o cu trei fetițe care aveau toate aceste boli molipsitoare, una după alta, în carantină. Cu siguranță o înțeleg.

îmi amintesc cum copiam poezii franțuzești și le lăsam în fața ușii de la baie când era acolo, la duș. Nu mi-a răspuns niciodată la ele. Nu mi-a mulțumit niciodată.

- încercai din greu să creezi o legătură.

- Da, și nu a funcționat niciodată... Surorile mele erau îngrozite de ea. Se încuia în dormitor și pe noi ne lăsa cu menajerele. îmi amintesc când aveam nevoie de ceva - și asta este o scenă care se întâmpla tot timpul - și ne strecuram toate trei până la ușa dormitorului și încercam să spunem „M..în cele din urmă, după ce stăteam acolo timp de 20 de minute sau mai bine, niciuna dintre noi neavând curajul de a spune „Mami“, ne strecuram înapoi pe furiș. Am înțeles că nu puteam cere nimic. Asta am învățat. Am învățat să nu am nevoie sau să nu-mi doresc nimic, să nu întreb, pentru că nu era acolo și, atunci când am facut-o, am fost ridiculizate.

Una dintre primele mele amintiri este de la vârsta de trei sau patru ani - stând într-o rochie, jucându-mă singură cu o păpușă. Mă jucam frumos, dar sentimentul era că nu exista nicio legătură cu exteriorul. Nu era nimeni în jur, eram complet izolată. Eram în siguranță, dar nu era niciun sentiment de fericire. îmi dădusem seama cum să mă protejez.

- Fiind singură.

- Fiind singură și da... fără a simți contactul. Mai sunt și alte fragmente care apar. îmi amintesc o imagine cu mine care zăceam în ceva ce semăna cu norii; eram pe un strat de nori cu un cer cenușiu și incolor deasupra mea, și o rază de soare cădea pe mine, dar era rece. Aveam sentimentul că eram complet singură; nici această rază, care putea fi dragostea, nu exista. Am văzut că a nu simți era ceea ce trebuia să fac pentru a supraviețui.

Asemenea experiențe - sau concluziile trase de Harriette - au lăsat-o izolată în viață sau în relații care, simțea ea, mai mult o epuizau decât o împlineau. Terapia ei intensivă avea ca scop dezvoltarea competenței emoționale. Competența emoțională este capacitatea care ne permite să ne aflăm într-o relație responsabilă, în care să nu fim victime și fără să afectăm în vreun fel

mediul.— Este spațiul interior necesar pentru a face față solicitărilor inevitabile ale vieții, pentru a evita crearea altora inutile și pentru a continua procesul de vindecare. Puțini dintre noi ajung la maturitate cu o competență emoțională deplină. Să recunoaștem că ne lipsește nu înseamnă să ne judecăm, ci doar să facem un apel la dezvoltare și transformare suplimentare.

Urmărirea celor șapte „A“ ai vindecării ne va ajuta să ne dezvoltăm competența emoțională.

1 . Acceptarea

Acceptarea este pur și simplu dorința de a recunoaște și de a accepta lucrurile așa cum sunt. Este curajul de a permite gândirii negative să ne ajute să înțelegem, fără a-i permite să definească abordarea noastră față de viitor. Acceptarea nu înseamnă să ne resemnăm în fața lucrurilor care ne dau bătăi de cap în prezent, ci să refuzăm exact modul în care se întâmplă acum lucrurile. Aceasta contestă convingerea profundă că nu suntem suficient de demni sau de „buni“ pentru a fi întregi. De asemenea, acceptarea presupune o relație de compasiune cu tine însuți. înseamnă eliminarea dublului standard care, după cum am văzut, caracterizează prea des relația noastră cu lumea.

Ca medic, am văzut multă suferință. Este inutil să alegi un pacient care a suferit mai mult decât oricare altul. Cu toate acestea, dacă aș fi împins la o asemenea alegere, aș ști imediat care pacient ar fi. Povestea ei nu a reușit să intre în niciunul dintre capitolele din această carte; bolile ei ar fi inclus-o în aproape fiecare capitol. O să îi spun Corinne. Ea are puțin peste 50 de ani și următoarele diagnostice: diabet tip II, obezitate morbidă, sindrom de intestin iritabil, depresie, boală coronariană cu două infarcte, hipertensiune, lupus, fibromialgie, astm și - cel mai recent - cancer intestinal. ‚^m atâtea medicamente, încât nu mai trebuie să iau micul dejun; trebuie doar să îmi iau toate pilulele. Numai la micul dejun sunt deja 13 pastile.“

Corinne mi-a fost pacientă timp de 20 de ani. Multe dintre descoperiri au fost făcute cu ajutorul ei și al celorlalți pacienți ai mei care, precum Corinne, mi-au împărtășit poveștile lor. Copil fiind, Corinne a trăit toate

tipurile de privări emoționale și încălcări de granițe pe care ni le putem imagina. Ca adult, a avut grijă nu numai de soțul, copiii, frații, surorile și prietenii săi, ci de oricine a fost adus în casa ei. Până de curând, i-a fost imposibil să spună nu.

Chiar și acum este încă dureros, în ciuda stării sale cumplite de sănătate și în ciuda faptului că se poate deplasa doar cu ajutorul unui scuter.

- Mă văd ca pe o mare umflată. Fără nicio formă. Observ doar aurele oamenilor. A mea este neagră cu gri și nu este definită. Este ca și cum ai privi pe cineva în ceață și ai vedea o parte din contur, dar nimic întreg.

- Dacă ai vedea o altă persoană care a avut dificultăți în stabilirea granițelor, ai respinge-o ca pe o mare umflată?

- Nu. Cunosc mai multe persoane supraponderale și nu le consider mari umflate. Este mai mult imaginea mea despre cine sunt ca persoană. Mă simt ca un jeleu când vine vorba despre emoții.

- Deci cine vorbește cu mine acum? îmi vorbește umflata cea mare? Nu 9

9

există cineva real *acasai*

— Cred că puțin. Nu pot spune 100%, nu.

-Atunci, să privim acest „puțin“.

- *Puținul* vrea să dețină controlul și să nu permită altor persoane să facă alegeri fără consimțământul ei.

- Ce mai poți spune despre tine? Care sunt valorile tale?

- Că nu mă culc cu cine se nimerește, nu trișez și nu mint, respect legea locului, și încerc să fiu cea mai bună persoană pentru cei din jur.

- Este vorba doar despre faptul că nu știi să spui nu sau din grijă adevărată?

- Ambele. în mare parte, este grijă adevărată.

- Deci, cum poți spune că ești doar o mare umflată?

- Pentru că sunt moale când vine vorba să îi spun mamei mele *nu.* Cu doar câteva zile în urmă, nu i-am putut spune: „Nu, ar fi mai bine să vii la vară, nu acum.“ Nu i-am putut spune asta. Nu am fost dispusă să iau această hotărâre.

- Dacă altcineva ți-ar spune că îi este greu să facă o astfel de alegere, ce ai spune?

- Aș spune că îi e greu să îi spună mamei ce vrea să îi spună... și că trebuie să fie mai tare.

- Fără a-i spune în mod necesar ce să facă, ce ai înțelege despre acea persoană?

- Aș înțelege că e speriată că, dacă se afirmă, va fi respinsă.

> - Nu poți spune acest lucru despre tine numai pentru că nu îți acorzi genul de atenție plină de compasiune pe care ai acorda-o automat altcuiva. Nu te poți forța să spui nu dacă nu știi cum să o faci. *Dar cel puțin îi poți acorda atenție* și *compasiune persoanei care are probleme să spună nu.*

Să ne uităm la situația în care te afli, am continuat. Pe de o parte, nu știi cum să spui nu; pe de altă parte, te condamni și te judeci pentru că nu ești în stare să spui nu. Sfârșești prin a te numi singură o mare proastă. Cu o atenție plină de compasiune, te vei vedea pe tine însăți la fel de clar ca pe cealaltă persoană - ca pe cineva speriat. Și vei spune nu ca o critică, ci ca o observație plină de compasiune - *acea persoană este cu adevărat speriată. Persoana asta este într-adevăr dezamăgită.* Ea are - *eu am* — o problemă în a spune nu, pentru că asta atrage imediat riscul de a fi respinsă. Nu te poți forța să spui nu mai mult decât poți forța pe altcineva să spună nu, dar poți fi plină de compasiune față de tine însăți. >

- Aș ține pe altcineva de mână pentru a-1 ajuta să spună nu, dar pe mine nu m-aș ține de mână ca să mă ajut.

- Și dacă nu știe cum să spună nu, tot l-ai accepta. Ai spune: „Uite, înțeleg că este foarte greu pentru tine - nu ești pregătit. “

- Dar nu spun asta despre mine. Mă enervez.

- Lucrul care te-ar ajuta cel mai mult, cred, este acea calitate a atenției pline de compasiune față de tine. Poți lucra la acest lucru.

- îmi va da înapoi energia care mi se pare că s-a evaporat?

- Atât de multă energie se duce având grijă de alții, și atât de multă din ce rămâne se consumă în judecăți de sine. Faptul că ești cam aspră cu tine îți consumă foarte multă energie. Adevărul obiectiv este că te confrunți cu multe probleme medicale grave. Ești în pericol - nu există nicio îndoială în acest sens. Nu știu cum vor decurge lucrurile. Cu cât ești mai plină de compasiune față de tine, cu atât vei fi mai în măsură să îți oferi cea mai bună șansă posibilă. *Curiozitatea plină de compasiune* în legătură cu propria persoană nu înseamnă să ne placă tot ce aflăm despre noi, doar că ne privim cu aceeași acceptare lipsită de critică pe care am dori să o acordăm oricui suferă și care are nevoie de ajutor.

2. Acuitatea

Toți cei care încearcă să se vindece - sau să rămână sănătoși - trebuie să

>

revendice capacitatea pierdută de recunoaștere emoțională a adevărului, care este uimitor ilustrată de neurologul Oliver Sacks în cartea *Omul care își confunda soția cu o pălărie.* Sacks povestește o anecdotă despre un grup de pacienți afazici care reacționează la un discurs televizat al președintelui de atunci, Ronald Reagan.

Afazia — din greacă *a* („nu“) și *phasis* („cuvânt“) - este pierderea capacității de a vorbi sau de a înțelege limba vorbită. Este rezultatul unei leziuni cerebrale focale, ca de la un atac cerebral. „Se afla acolo bătrânul Vrăjitor, Actorul, cu retorica lui abilă, cabotin și șarmant - iar toți pacienții se prăpădeau de râs. De fapt, nu chiar toți; unii păreau nedumeriți, alții jigniți, unul sau doi erau neliniștiți, dar cei mai mulți păreau că se amuză. Ca de obicei, Președintele îi stârnea, dar de data asta parcă le stârnea mai curând râsul. La ce se gândeau oare? Nu-1 înțelegeau? Sau poate că-1 înțelegeau prea binc?“—

Pacienții afazici ai lui Sacks reacționau la exprimările inconștiente ale lui Reagan de Emoții II - ton, limbaj corporal, expresii faciale. Ei considerau că emoțiile lui nu erau congruente cu mesajul rostit: cu alte cuvinte, au văzut prefăcătoria lui, conștientă sau inconștientă. Ei citeau realitatea emoțională, nu cuvântul-realitate pe care Reagan era în stare să-l invoce în minte și era atât de priceput să-1 comunice celor care erau închiși din punct de vedere emoțional, ca el. *Fie nu e sănătos la minte, fie are ceva de ascuns,* a declarat unul dintre pacienții lui Sacks. Să ne amintim cuvintele biografului lui Reagan: *El simte opusul a ceea ce spune.*

Animalele și tinerii sunt foarte competenți în alegerea unor indicii emoționale reale. Dacă pierdem această capacitate pe măsură ce dobândim limbajul, este doar pentru că primim mesaje derutante din lumea noastră imediată. Cuvintele pe care noi le auzim ne spun un lucru, iar informațiile emoționale spun ceva diferit. Dacăele două părți se află în conflict, una va fi reprimată. In același mod, când ochii unui copil deviază, creierul va elimina imaginile dintr-un ochi pentru a evita vederea dublă. Ochiul afectat, dacă nu este corectat, va orbi. Ne reprimăm inteligența emoțională pentru a evita un război continuu cu oamenii cruciali din viața noastră, un război pe care nu îl putem câștiga. Și astfel ne pierdem competența emoțională chiar și atunci când câștigăm inteligența verbală. Afazicii, se pare, trec prin procesul invers. Așa cum un orb are o capacitate extraordinară de a auzi, afazicul dezvoltă o capacitate sporită de a percepe realitatea emoțională.

„De obicei, oamenii nu au ocazia decât întâmplător să detecteze minciuni când urmăresc comportamentul unui mincinos, nici chiar atunci când indiciile de înșelăciune sunt evidente din expresia facială și din tonul vocii“,

au raportat un grup de cercetători psihiatrici în revista *Nature* din mai 2000. „Oamenii care nu pot înțelege cuvintele sunt mai buni în a recepta minciuni despre emoții." O conștientizare deplină ar însemna să ne recâștigăm capacitatea de a percepe realitatea emoțională și să lăsăm convingerea paralizantă că nu suntem suficient de puternici pentru a ne confrunta cu adevărul despre viețile noastre. Nu există nicio magie. Orbul învață să acorde mai multă atenție sunetului decât oamenii care văd. Afazicul învață să își observe reacțiile la cuvinte, deoarece părțile cognitive ale creierului nu mai pot să îi spună care este mesajul. Aceste reacții interne, instinctele, sunt ceea ce noi am pierdut pe măsură ce „am crescut".

Evident, nu trebuie să pierdem aptitudini lingvistice pentru a reînvăța percepția emoțională. Totuși, pentru a dezvolta conștientizarea, trebuie să exersăm, să acordăm o atenție constantă stărilor noastre și să învățăm să avem încredere în aceste percepții mai mult decât în ce transmit cuvintele - ale noastre sau ale altora. Care este tonul vocii? Registrul? Ochii se micșorează sau se măresc? Zâmbetul este relaxat sau fortat? Cum ne simțim? *Unde îl simțim?* > > >

Conștientizarea înseamnă, de asemenea, să detectăm semnele stresului în propriile corpuri, felul cum corpurile noastre ne telegrafiază atunci când minților le lipsesc indiciile. Atât în studiile pe oameni, cât și în cele pe animale, s-a observat că reacția la stresul fiziologic este un indicator mai precis al experienței reale a organismului decât conștientizarea sau comportamentul observat. „Glanda pituitară este un judecător mult mai bun al stresului decât inteligența", a scris Hans Selye. „Totuși, puteți învăța să recunoașteți destul de bine semnalele de pericol dacă știți ce să căutați."

în *The Stress of Life,* Selye a făcut o compilație de semnale de pericol fiziologic. A enumerat semne fizice, cum ar fi bătăile inimii, oboseala, transpirația, urinarea frecventă, durerile de cap, durerile de spate, diareea sau uscarea gurii; semne emoționale, cum ar fi tensiunea emoțională sau alerta, anxietatea, pierderea bucuriei de a trăi; și expresii comportamentale, cum ar fi impulsivitatea sau iritabilitatea neobișnuită și tendința de a reacționa excesiv. Putem învăța să citim simptomele nu numai ca probleme care trebuie depășite, ci și ca mesaje care trebuie luate în seamă.

3. Amărăciunea

„Eu nu mă supăr niciodată", spune un personaj de-ale lui Woody Allen în unul dintre filmele sale, „în schimb, dezvolt o tumoare". în această carte am văzut adevărul acestei remarci caraghioase în numeroase studii ale pacienților cu cancer. Am observat, de asemenea, că reprimarea supărărilor este un factor major de risc pentru boală, deoarece crește presiunea fiziologică asupra organismului.

Nu numai că reprimarea supărării predispune la boală, ci s-a demonstrat că eliberarea ei accelerează vindecarea sau, cel puțin, prelungirea supraviețuirii. Oamenii cu cancer care au reușit să își îndrepte nemulțumirea către medici, de exemplu, au trăit mai mult decât omologii lor placizi. în experimentele pe animale s-a constatat că exprimarea furiei este mai puțin stresantă din punct de vedere fiziologic decât suprimarea ei. La șobolanii care se luptă cu ceilalți când sunt plasați în cuști împreună, s-a constatat o creștere mai lentă a tumorilor decât la animale mult mai docile.

în afară de studii, am văzut că fiecare dintre cei intervievați în capitolele anterioare a recunoscut că are dificultăți în ce privește comunicarea supărărilor, indiferent de boala sau de starea sa.

„După cum m-a crescut mama vitregă, cred că nu ar trebui să fiu furioasă", a declarat Shizuko, cu artrită reumatoidă.

„Eu scurtcircuitam exprimarea furiei mele viscerale", a spus Magda, cu durere abdominală severă.

Aici problema amărăciunii devine confuză și ridică multe întrebări. Cum putem încuraja oamenii să-și exprime sentimentele negative, când vedem cum copiii suferă de la izbucnirile părinților? In multe dintre istoricele pacienților, am văzut un model similar: un părinte dezlănțuit, un copil reprimat. Ar fi trebuit ca tatăl Magdei să își înăbușe furia?

„Mă tot gândesc de fiecare dată când tatăl meu ridica vocea, a spus Donna, al cărei frate Jimmy a murit de melanom malign. îmi amintesc vocea lui și țipetele și urletele lui și gândeam: «Nu așa ar trebui să trăiești. Nu ar fi trebuit să trecem prin asta.»“

La suprafață, pare un paradox. Dacă exprimarea furiei este „bună“, tatăl Magdei, al lui Jimmy și al Donnei au acționat pur și simplu sănătos. Cu toate acestea, efectul furiei lor a fost coroziv pentru stima de sine a copiilor și pentru sănătatea lor. Suprimarea furiei poate avea consecințe negative, dar ar trebui să încurajăm exprimarea ei dacă aceasta dăunează altora? Misterul se adâncește. Nu numai că revărsarea nestăpânită a furiei este dăunătoare destinatarilor sau persoanelor din apropiere, ci poate fi mortală și pentru cel care se înfurie. Atacurile de cord urmează după izbucniri de furie. în general, sunt șanse mari ca tensiunea arterială ridicată și bolile cardiace să se producă în rândul persoanelor care manifestă ostilitate. într-un studiu din 2000 efectuat pe aproape 200 de bărbați și femei, realizat de Johns Hopkins School of Medicine din Baltimore, s-a constatat că ostilitatea și o tendință spre dominație sunt „factori de risc independenți semnificativi pentru bolile coronariene'—. Un volum mare de cercetări a legat ostilitatea de hipertensiune și boli coronariene.

După cum putem deduce cu ușurință până acum, relația dintre furie și bolile cardiovasculare este, de asemenea, o funcție a aparatului psiho-neuro-imunitar. Nervii simpatici sunt activați în stările de furie.

îngustarea vaselor de sânge are loc cu o activitate simpatică excesivă de luptă-sau-fugi, crescând tensiunea arterială și reducând alimentarea cu oxigen a inimii. Hormonii secretați în timpul răspunsului la stres în stările de furie cresc nivelul de lipide, inclusiv colesterolul seric. De asemenea, activează mecanisme de coagulare, mărind și mai mult riscul de blocare în artere.

„Am fost sigur că furia oarbă m-a făcut să am această problemă cu inima, dar și genele aveau o legătură", a scris ziaristul Lance Morrow despre boala sa.

Furia oarbă care a declanșat mai târziu atacurile de inimă ale lui Morrow a fost [9]

erupția vulcanului de furie pe care copilul a învățat să o reprime în familie.

Atunci cum să rezolvăm dilema furiei? Dacă exprimarea furiei este dăunătoare și la fel este și reprimarea acesteia, cum sperăm să obținem

sănătate și vindecare? Reprimarea furiei și acțiunea necontrolată a acesteia sunt exemple ale *eliberării anormale a emoțiilor* care stau la baza bolii. Dacă în reprimare problema este o lipsă de eliberare, acțiunea constă într-o suprimare la fel de anormală a eliberării, alternând cu defularea necontrolată și exagerată. Am avut o conversație fascinantă cu Allen Kalpin, medic și psihoterapeut din Toronto despre aceste două moduri aparent opuse de adaptare. El subliniază că atât reprimarea, cât și furia reprezintă *o teamă de adevărata experiență a furiei.*

Am considerat surprinzătoare descrierea lui Kalpin despre furia adevărată, chiar dacă mi-a sunat complet plauzibil. Explicația lui m-a făcut să îmi dau seama de confuzia din ideile noastre primite în mod obișnuit în legătură cu această emoție. Furia sănătoasă, spune el, este ceva ce îți dă putere și totodată te relaxează. Trăirea reală a supărării reprezintă o experiență fiziologică în absența manifestărilor exterioare. Experiența este una de creștere a puterii care trece prin sistem, împreună cu mobilizarea pentru atac. *Există, simultan, o dispariție completă a tuturor neliniștilor.* „Când furia sănătoasă începe să fie trăită, nu vezi nimic dramatic. Ceea ce vezi este o scădere a tensiunii musculare. Gura se deschide mai larg, deoarece maxilarele sunt mai relaxate, vocea este mai joasă în tonalitate, deoarece corzile vocale sunt mai relaxate. Umerii cad și vezi că dispar toate semnele tensiunii musculare."

Modul de terapie al dr. Kalpin funcționează după modelul dezvoltat inițial de dr. Habib Davanloo de la McGill University, Montreal. Davanloo a făcut practică prin filmarea video a pacienților în timpul confruntărilor terapeutice, astfel încât ei să poată vedea manifestările fizice ale emoției. Kalpin, de asemenea, a înregistrat câteva dintre ședințele sale de psihoterapie.

- Intr-o înregistrare a unuia dintre clienții mei, el descrie creșterile puternice de electricitate care îi tranzitează corpul - și vorbește despre ele în timp ce se întâmplă -, dar, din exterior, el doar stă acolo, descriindu-le. Dacă vezi caseta fără sunet, observi o persoană destul de concentrată și relaxată, dar nu bănuiești neapărat că e furioasă.

Dacă supărarea e relaxată, atunci cum mai este supărare? Când sunt supărat, fața mea e strânsă, mușchii mei sunt încordați și sunt sigur că nu arăt deloc

relaxat. Aici dr. Kalpin face o distincție crucială.

- întrebarea este: „Ce simt oamenii în realitate atunci când se supără?“ Este fascinant ce răspund oamenii. Majoritatea descriu anxietate. Dacă întrebi ce se întâmplă în corpul lor din punct de vedere fizic când se supără, în cea mai mare parte, oamenii vor descrie anxietatea, într-o formă sau alta.

- Este adevărat, înăsprirea vocii, respirația superficială, tensiunea musculară sunt semne de anxietate, nu de furie, am spus.

- Exact. Furia lor nu este trăită din punct de vedere fiziologic, ci este doar interpretată.

Exprimarea prin izbucniri de furie este o apărare împotriva anxietății care însoțește invariabil furia unui copil. Furia declanșează anxietatea, deoarece coexistă cu sentimente pozitive, cu dragoste și dorința de contact. Dar, din moment ce furia duce la o energie care atacă, ea amenință atașamentul. Astfel, există ceva care provoacă în principal anxietate în *trăirea furiei,* chiar și fără ordine exterioare parentale împotriva *exprimării ei.* „Impulsurile agresive sunt suprimate din cauza vinovăției, iar vina există doar din cauza existenței simultane a iubirii, a sentimentelor pozitive", spune Allen Kalpin. „Astfel, furia nu există de una singură. Este incredibil cum exprimarea unor sentimente agresive față de o persoană iubită provoacă anxietate și generează vină."

Desigur, cu cât părinții descurajează sau interzic experiența furiei, cu atât mai multă anxietate va produce această experiență pentru copil. în toate cazurile în care furia este complet reprimată sau în care reprimarea cronică alternează cu erupții explozive de furie, istoricul copilăriei a fost unul în care părinții nu au putut accepta furia naturală a copilului.

Dacă o persoană se teme inconștient de puterea impulsurilor sale agresive, există diferite forme de apărare pe care le are la dispoziție. O categorie de apărare este descărcarea, prin care regresăm la o stare din copilăria timpurie, când ne-am ocupat de acumularea intolerabilă de furie prin faptul că am mimat-o.

„Mimatul, urletele, țipetele și chiar loviturile, tot ce face o persoană servește ca apărare împotriva trăirii furiei. Este o apărare împotriva păstrării furiei în interior, acolo unde poate fi simțită profund. Descărcarea apără împotriva exprimării furiei cu adevărat/'

O altă modalitate prin care putem evita experiența furiei este prin reprimare. Reprimarea și descărcarea sunt două fețe ale aceleiași monede. Ambele reprezintă teamă și anxietate și din acest motiv ambele declanșează răspunsuri de stres fiziologic, indiferent de ce simțim în mod conștient sau nu. Dificultatea paralizantă pe care o au mulți oameni în a exprima furie față de cei dragi este ilustrată repetat în interviurile pe care le-am văzut. Jean, incapabilă să le spună părinților despre molestarea ei la vârsta de 11 ani, își idealizează relația cu ei, în loc să își recunoască furia. Soțul ei, Ed, are un resentiment usturător față de ceea ce el consideră un comportament de control din partea soției, dar nu își poate exprima furia deschis. Jill, cu cancer ovarian, este supărată pe medicii ei pentru că i-au greșit diagnosticul, dar nu și pe Chris, pentru faptul de a nu fi observat durerea ei și pierderea în greutate de câteva luni. Leslie, cu colită ulcerativă, „și-a înghițit" furia față de prima lui soție. „Nu încape îndoială. Nu am putut lupta, pentru că atunci ea ar fi spus: «Vezi, asta este o căsătorie nereușită.»" El este încântat să fie acum într-o căsătorie în care [9]

experiența furiei nu amenință relația.

Anxietatea care însoțește exprimarea furiei și alte emoții „negative" precum tristețea și respingerea își are originea în organism. In cele din urmă, este transformată în schimbări biologice prin conexiunile încrucișate multiple și infinit de subtile ale aparatului PNI, legătura unificatoare corp-minte. Aceasta este calea care duce la boli organice. Când furia este descătușată, la fel este și sistemul imunitar. Sau atunci când energia agresivă este deviată spre interior, sistemul imunitar devine confuz. Sistemele de apărare fiziologice nu ne mai protejează sau chiar se pot răzvrăti, atacând corpul.

„Poate fi util să privim cancerul mai puțin ca pe o boală și mai mult ca pe o tulburare a semnalelor biochimice ale corpului", scrie psihoterapeutul Luis Ormont, care a lucrat cu mobilizarea furiei oamenilor în terapia de grup cu pacienți bolnavi de cancer. „Modificarea acestor semnale înseamnă producerea unui impact asupra sistemelor imunologice de apărare ale

corpului. Reiese că orice formă de intervenție destinată să readucă starea de sănătate fizică trebuie să utilizeze mai mult decât mijloace fizice. întrucât emoțiile influențează dramatic sistemul biochimic, o modalitate de asigurare a imunoterapiei este prin acordarea psihoterapie! pacienților.

Persoanelor diagnosticate cu cancer sau cu boli autoimune, cu oboseală cronică sau fibromialgie, sau cu potențiale boli neurologice debilitante li se impune adesea să se relaxeze, să gândească pozitiv, să își reducă nivelurile de stres. Toate acestea sunt sfaturi bune, dar imposibil de realizat dacă una dintre principalele surse de stres nu este identificată și tratată în mod clar: internalizarea furiei. Furia nu necesită acțiune ostilă. In primul rând, este un proces fiziologic care trebuie trăit. In al doilea rând, are valoare cognitivă - oferă informații esențiale. Din moment ce furia nu există într-un vid, dacă simt furie, trebuie să fie ca reacție la o percepție din partea mea. Poate fi un răspuns la pierdere sau amenințarea cu o pierdere într-o relație personală sau poate semnala o invazie reală sau amenințare a granițelor mele. Sunt foarte stăpân pe situație fără să fac rău nimănui, dacă îmi permit să simt furia și să mă gândesc ce ar fi putut să o declanșeze. In funcție de împrejurări, pot alege să exprim furia într-un fel sau să o las să plece. Cheia este că nu am suprimat experiența ei. Pot alege să îmi afișez furia, așa cum este necesar, prin cuvinte sau fapte, dar nu trebuie să o mimez într-o manieră dirijată, ca furie necontrolată. Furia sănătoasă lasă individul stăpân pe situație, nu emoția nestăvilită.

„Furia este energia pe care Mama Natura ne-o oferă când suntem copii pentru a ne susține pe cont propriu și a spune că *eu contez",* spune terapeutul Joann Peterson, care conduce workshopuri pe insula Gabriola, în Columbia Britanică. „Diferența dintre energia sănătoasă a furiei și energia dăunătoare a violenței emoționale și fizice este că furia respectă granițele. Susținerea propriei poziții nu trece granițele altcuiva."

4. Autonomia

Boala nu numai că are un istoric, ci și *spune* o istorie. Este un punct culminant al unei istorii de-a lungul vieții luptei pentru sine. Dintr-o perspectivă biologică simplă, poate părea că supraviețuirea organismului fizic este obiectivul final al naturii. Cu toate acestea, se pare că existența

unui psihic autonom, care se reglează singur, este scopul mai important al naturii. Mintea și spiritul pot supraviețui unei răni fizice grave, dar vedem mereu cum corpul fizic începe să cedeze atunci când integritatea psihică și libertatea sunt puse în pericol.

Jason este un diabetic insulino-dependent de când avea cinci ani. *Diabetes mellitus* își trage numele din limba greacă și este echivalentul pentru „urină dulce“, deoarece în această boală excesul de zahăr este filtrat de rinichi din fluxul sangvin în urină. In diabet, celulele pancreasului nu pot produce suficientă insulină, hormonul necesar pentru a ajuta zahărul din alimentele digerate să pătrundă în celule. Pe lângă riscurile fiziologice imediate ale nivelurilor ridicate de glucoză, diabetul implică posibile leziuni ale multor organe.

Acum în vârstă de 23 de ani, Jason nu mai vede cu ochiul drept din cauza leziunilor vasculare induse de diabet. De asemenea, are mușchii cardiaci slăbiți din cauza uneia dintre valve care nu se închide etanș si rinichii nu îi)
)

funcționează corect. Uneori nu poate merge, din cauza unei inflamații nervoase reversibile numite neuropatie diabetică. Jason și mama sa, Heather, erau pacienții mei de vreo zece ani. In ultimele 12 luni, acesta a trebuit să fie dus la spital în mod repetat pentru situații de urgență medicală, inclusiv pentru insuficiență cardiacă și meningită. Poate că nu mai are mulți ani de trăit. Conform specialistului său în medicină internă, prognosticul în privința sa este „rezervat".

Heather se află într-o stare cronică de anxietate și epuizare, amestecată cu resentimente care, crede ea, se datorează refuzului încăpățânat al lui Jason de a se îngriji când vine vorba despre a mânca alimentele potrivite, acordând o atenție deosebită cerințelor provocate de insulină, participând la întâlniri medicale și având un stil de viață sănătos. Desigur, pentru o mamă, miza este mare. Experiența ei a fost că atunci când ea nu prelua controlul, Jason se îmbolnăvea. A trăit mulți ani cu posibilitatea reală ca, relaxând paza chiar și pentru o zi, Jason să ajungă în comă sau mai rău. Cea mai recentă spitalizare a lui a fost urmată de o perioadă de câteva săptămâni de vomă care l-au lăsat slăbit, deshidratat și în convulsii. Intr-o zi, Heather se afla lângă patul lui, când Jason a avut o altă criză.

- Asistentele medicale, rezidenții și specialiștii au venit în fugă, povestește ea. Ochii lui Jason se roteau, iar brațele și picioarele îi tremurau. I-au injectat medicamente intravenos, iar când s-a ridicat, a deschis ochii și s-a uitat direct la mine. Cu o voce puternică, el a spus: „Lasă-mă să plec!“ Dar eu nu pot să îi dau drumul. Nu-1 las pe fiul meu să moară.

Jason nu își amintește incidentul.

- Probabil că n-am fost acolo, spune el.

- Ai idee ce ai fi vrut să spui? întreb.

- Primul lucru care îmi trece prin cap este doar să mă lase să plec. Cuvintele mele nu ar fi însemnat să mă lase să mor, ci doar: „încetează să mai fii sufocantă. Să mergem. Dă-mi voie să fac ce am de gând să fac.“ Este viața mea. Voi face greșeli, dar mama trebuie să mă lase să fac acest lucru. Să fiu diabetic și să am pe altcineva care încearcă să mă controleze este o parte atât de mare din viata mea. >

Indiferent de motivația mamei sale și indiferent cât de mult a manipulat-o pentru a avea grijă de el, experiența frapantă a lui Jason este lipsa de autonomie. Nu a avut capacitatea de a se afirma deschis. Dorința de autonomie și furia față de mama sa au luat forma împotrivirii - inclusiv împotrivirea față de propria sănătate fizică.

- A fost întotdeauna ca sufocarea, i-a spus el lui Heather. Indiferent ce am făcut, părea greșit. Când am spus „să plec“, a însemnat pur și simplu: „Retragere. Lasă-mă să trăiesc cum am de gând să trăiesc. Voi trăi în felul meu și, bineînțeles, voi face greșeli - toată lumea face.“ Niciodată nu m-am simțit liber să fac propriile greșeli.

Dacă există o lecție pe care trebuie să o învățăm din povestea lui Jason și a lui Heather, precum și din toate poveștile personale și toate studiile pe care le-am luat în considerare în această carte, este aceea că oamenii suferă atunci când granițele lor sunt neclare. Tratându-1 pe Jason toată viața ca pe un copil pentru care trebuie să își asume toată responsabilitatea, Heather l-a ținut înapoi de la a fi o persoană adevărată. Reacționând ca un copil, Jason a rămas în urmă.

La o ultimă analiză, boala însăși este o problemă de stabilire a granițelor. Când analizăm cercetările care prezic cine are șanse mai mari de îmbolnăvire, constatăm că persoanele cu cel mai mare risc sunt acelea care au trăit cele mai grave invazii de granițe înainte de a fi capabile să obțină autonomia sinelui. în 1998, *The American Journal of Preventive Medicine* a publicat rezultatele studiului Adverse Childhood Experiences (ACE). La acest proiect de cercetare au participat peste 9 500 de adulți. Stresorii din copilărie, cum ar fi abuzul emoțional sau sexual, violența, consumul de droguri sau bolile psihice din familie au fost legați de comportamentele de risc pentru adulți, de rezultatele privind sănătatea și decesul. A existat o „puternică relație gradată" între disfuncția din familia de origine și starea de sănătate a adulților - cu cât expunerea la disfuncții a fost mai mare în copilărie, cu atât starea de sănătate a fost mai gravă la adult și cu atât au fost mai mari șansele de moarte prematură în urma cancerului, a bolilor cardiace, a vătămărilor sau a altor cauze. —

Cel mai frecvent în viața copiilor, granițele nu sunt atât de mult încălcate, cât pur și simplu nu sunt construite. Mulți părinți nu își ajută copilul să dezvolte granițe, deoarece nici ei nu au avut niciodată posibilitatea de a face acest lucru în anii lor formativi. *Putem face doar ce știm.* Fără o legătură clară între el și părinte, copilul rămâne încurcat în relație. Această încâlceală este mai târziu un șablon pentru modul său de raportare la restul lumii. încâlceala -ceea ce dr. Michael Kerr a numit lipsa de diferențiere - domină relațiile intime ale acestuia. Poate lua două forme, retragerea și închiderea în sine și împotrivirea față de autoritate prin autoapărare, precum cea a lui Jason sau îngrijirea cronică și compulsivă a altora, precum a lui Heather. în unele persoane, cele două ar putea coexista, depinde cu cine interacționează pe moment. Deoarece confuzia imunitară care duce la boală reflectă eșecul de a)

distinge între ce este propriu organismului de ce este străin, vindecarea trebuie să presupună stabilirea sau revendicarea granițelor unui sine autonom.

„Limitele și autonomia sunt esențiale pentru sănătate", a declarat terapeutul și liderul grupului, Joann Peterson, în timpul recentei noastre conversații pe insula Gabriola. Ea este directoarea de educație la PD Seminars, un centru

de vindecare holistică și dezvoltare psihică. „Trăim viața prin corpurile noastre. Dacă nu suntem capabili să ne exprimăm experiența de viață, corpurile noastre spun ceea ce mințile și gurile nu pot."

„Un perimetru personal", conform dr. Peterson, „este o experiență a energiei mele sau a celeilalte persoane. Nu vreau să folosesc cuvântul *aură,* deoarece este un fel de termen folosit de curentul New Age, dar dincolo de corporalitate avem o exprimare a energiei. Nu numai comunicăm granițele verbal, ci cred că avem o exprimare a energiei non-verbale“. In cartea sa *Anger, Boundaries, and Safety,* dr. Peterson explică această idee detaliat: „Granițele sunt invizibile, rezultatul unei conștiințe care definește cine sunt. Mă întreb: «In viata si) >) >) relațiile mele, ce doresc, ce vreau mai mult sau mai puțin, sau ce nu vreau, care sunt limitele mele declarate?» începe procesul. [...] în această definiție, stabilim ce prețuim și dorim în viață în acest moment, dintr-un loc de autoreferință internă; *locul de control este în interiorul nostru?* Autonomia este, deci, dezvoltarea acelui centru intern de control.

5. Atașamentul

Atașamentul este legătura noastră cu lumea. în relațiile timpurii de atașament, câștigăm sau pierdem capacitatea de a rămâne deschiși, cu grijă de sine și sănătoși. în aceste legături timpurii de atașament, am învățat să exprimăm furia sau să ne temem de ea și să o reprimăm. Acolo ne-am dezvoltat simțul autonomiei sau am suferit atrofierea sa. Conectarea este vitală pentru vindecare. Nenumărate studii conchid că persoanele fără contact social - cele singure - sunt cele mai expuse riscului de boală. Oamenii care se bucură de un sprijin emoțional veritabil se confruntă cu un prognostic mai bun, indiferent de boală.

De când i-a fost găsit un mic nodul la prostată în urmă cu 14 ani, Derek, în vârstă de 71 de ani, a efectuat teste anuale PSA. Acum doi ani, i s-a făcut o biopsie care arăta celule canceroase.

- Oncologul mi-a spus că sunt cu risc ridicat și m-a speriat. Așa că am fost de acord să fac șase luni de terapie hormonală, ceea ce reduce tumoarea. îți ucide complet testosteronul. Trebuie să faci o doză la fiecare trei luni. După

tratamentul hormonal, oncologul a dorit să înceapă iradierea timp de șapte săptămâni. Am spus nu, nu vreau acest lucru, deoarece am citit multe despre asta. Radiațiile și chirurgia rezolvă temporar problema, dar, după trei până la cinci ani, adesea revine. Iar radiația distruge multe celule bune din corpul tău, pe lângă cele rele.

- Prin ce ai trecut emoțional când ai fost diagnosticat?

- Ei bine, vezi tu, asta a fost problema cu mine. Nu am spus nimănui. Nu i-am spus niciunui prieten. Am ținut totul pentru mine, cu excepția soției și a celor două fiice.

- înainte, eram retras. Am fost foarte secretos. Acum sunt foarte deschis. îmi place să mă înconjor de mulți oameni. înainte, nu. Eram foarte fericit să găsesc o peșteră cu încuietoare pe ușă și puteam trăi acolo fericit tot restul vieții. Prioritățile mele s-au schimbat. înainte, am construit locomotive cu aburi ca hobby. Petreceam 16 ore pe zi în atelierul meu făcând asta și eram absolut fericit. N-am mai fost în atelierul meu de doi ani, de când am cancer. Am nevoie de mulți oameni în viața mea. Oamenii cu cancer se sprijină reciproc. Și de acest lucru avem nevoie - pentru a vorbi despre el. Tot restul vieții vom vorbi despre el. Se pare că e ceva ce trebuie să faci.

- în general, oare oamenii n-au nevoie de sprijin și de oportunitatea de a împărtăși emoții și de a vorbi despre dificultățile lor, cu cancer sau fără? De ce crezi că ar trebui cancerul să te învețe asta?

- M-am întrebat și eu. Când am fost diagnosticat prima oară, am construit un zid în jurul meu și nu am lăsat pe nimeni înăuntru, pentru că m-am simțit în siguranță acolo. A fost o greșeală. Mi-am pus toate energiile în lupta împotriva cancerului timp de 11 luni. Când am crezut că a dispărut, am început să las acest zid să se dărâme, am început să le spun oamenilor despre experiența mea, că am avut cancer și că am scăpat de el. Am fost foarte mândru.

- Ai reușit să împărtășești ce ai învins, dar nu atunci când te-ai luptat cu el, când ai avut cel mai mult nevoie de sprijin. De ce ai ținut-o pe soția ta deoparte?

- Nu am simțit niciodată că m-a sprijinit și totuși... Știu că mă susținea, dar nu am vrut s-o las în viața mea. Am avut acest zid în jurul meu și nu am lăsat pe nimeni înăuntru.

Uneori, ne este mai ușor să simțim amărăciune sau furie decât să ne permitem să trăim această dorință dureroasă de contact care, atunci când suntem dezamăgiți, stârnește inițial furia. Dincolo de furia noastră se află o nevoie profundă de a avea contacte cu adevărat intime. Vindecarea necesită și implică deopotrivă recâștigarea vulnerabilității care ne-a făcut să ne închidem emoțional la început. Nu mai suntem copii dependenți și neajutorați; nu mai avem nevoie de teama de vulnerabilitate emoțională. Ne permitem să onorăm nevoia umană reciproc generală de a avea legături și de a contesta convingerea înrădăcinată care împovărează inconștient multe persoane cu boli cronice: că nu suntem iubiți. Căutarea legăturilor este o necesitate pentru vindecare.

6. Asertiunea

Dincolo de acceptare și conștientizare, dincolo de experiența furiei și de desfășurarea autonomiei, împreună cu celebrarea capacității noastre de atașament si de a căuta în mod conștient contactul, vine asertiunea - declarația fată de noi si fată de lume că *suntem* si că *suntem cine suntem.*

9 9 9 9

In această carte, am fost de multe ori martorii unor oameni care își exprimă convingerea că, dacă nu acționează, nu se confruntă decât cu un gol, cu un vid înspăimântător. In teama noastră, echivalăm în mod fals realitatea cu neliniștea sufletească, existând pentru activitate, având semnificație doar prin realizări. Credem că autonomia și libertatea înseamnă libertatea de a face, de a acționa sau de a reacționa după cum dorim. Asertiunea în sensul autodeclarării este mai profundă decât autonomia limitată a acțiunii. Este declarația ființei noastre, o evaluare pozitivă a independenței față de istoria noastră, personalitatea, abilitățile sau percepțiile lumii asupra noastră. Asertiunea contestă convingerea principală că trebuie să ne justificăm într-un fel sau altul existența. Nu necesită nici acțiune, nici reacție. Există, indiferent de acțiune. Astfel, asertiunea poate fi opusă acțiunii nu numai în

sensul restrâns de a refuza să facem ceva ce nu dorim să facem, ci și de a lăsa să treacă *nevoia de acțiune.*

7, Afirmarea

Când afirmăm, facem o declarație pozitivă; ne îndreptăm spre ceva de valoare. Există două valori de bază pe care, dacă le onorăm, ne pot ajuta să ne vindecăm și să rămânem întregi. Prima valoare este propriul sine creator. Timp de mulți ani după ce am devenit medic, am fost prea prins în dependența de muncă pentru a-mi atrage atenția asupra mea sau asupra celor mai profunde urgențe. în rarele momente în care îmi permiteam liniștea, observam o mică vibrație în stomac, o perturbare abia perceptibilă. în capul meu se auzea o șoaptă slabă: *scris.* La început nu am putut spune dacă era o arsură stomacală sau o inspirație sinceră. Cu cât ascultam mai mult, cu atât mesajul devenea mai puternic: trebuia să scriu, să mă exprim prin limbajul scris nu numai ca alții să mă poată auzi, ci și ca să mă aud pe mine însumi.

Zeii, suntem noi învățați, au creat omenirea după propria imagine. Toată lumea are o dorință de a crea. Expresia ei poate curge prin multe canale: prin scris, artă sau muzică, prin inventivitatea muncii sau prin orice fel unic pentru noi toți, fie că este vorba despre gătit, grădinărit sau arta discursului. Scopul este să ne ascultăm dorința. A face acest lucru înseamnă a ne vindeca pentru noi înșine și pentru alții; a nu face acest lucru ne ucide corpurile și spiritele. Când nu am scris, m-am sufocat în tăcere. „Ce este în noi trebuie să iasă, altfel putem exploda în locuri greșite sau putem fi înconjurați fără speranță de frustrări. *Marea artă este să ne exprimăm vitalitatea prin canalele specifice și cu viteza specifică prevăzută pentru noi de Natura",* scria Hans Selye.

A doua mare afirmare este a universului însuși - legătura noastră cu tot ce există. Presupunerea că suntem deconectați, singuri și fără contact, este toxică, dar - indiferent cât de crud si de consecvent viata ne-a arătat această umbră) >

întunecată - nu este mai mult decât o iluzie amară. Ea face parte din biologia patologică a credinței. Fizic, este ușor de înțeles că separarea

noastră de univers este falsă: noi nu mergem „din țărână în țărână“, ci suntem o țărână însuflețită. Suntem o parte a Universului cu conștiință temporară, dar niciodată în afara lui. Nu din coincidență este atât de folosit în legătură cu munca spirituală cuvântul *căutare.*

în fața unei boli, mulți oameni își caută șinele spiritual aproape instinctiv, adesea în moduri surprinzătoare. Anna, cu cancer de sân, s-a născut evreică și a fost educată în religia ei ancestrală. Acum se duce la catedrala catolică pentru sprijin spiritual.

- Iubirea mea este Dumnezeu și de aceea rămân puternică. Mă duc la biserică și mă împărtășesc; știu că sunt iubită de Dumnezeu. Slujesc la altar. Prima dată când am făcut asta, am ținut crucifixul și două lumânări, iar preotul mi-a spus: „Tu ești altarul.“ îmi spun asta mie, mai ales când mă simt cu adevărat îngrozitor: *Eu sunt altarul.* Iar preotul mi-a zis: „Dacă ești altarul lui Dumnezeu în catedrală, ești altarul lui Dumnezeu tot timpul. Ești iubită."

Pe de altă parte, Lillian, o femeie cu artrită pe care am intervievat-o, a trecut de la presbiterianism la iudaism. Ea a crescut într-o casă extrem de controlată și strictă în Scoția. In credința evreiască, găsește libertatea de a fi ea însăși, acceptarea și bucuria vieții negate de multă vreme. încă nu este eliberată: când fratele ei vine în vizită, ascunde lumânările de menorah și de Sabat. Dar este mai liniștită ca niciodată. ‚^m simțit că, dacă aveam de gând să mă vindec, trebuia să rup robia spirituală", spune ea.

Altii cu care am vorbit si-au reafirmat încrederea în credința lor tradițională, sau meditează, sau sunt în comuniune cu natura. Fiecare își caută drumul spre lumina din interior și din afară. Pentru mulți, nu este o căutare ușoară. Indiferent unde am fi pierdut cheia, ca Nastratin, cu toții preferăm să începem căutarea în lumina străzii, unde putem vedea. „Căutați și veți găsi", a spus unul dintre cei mai mari învățători. Căutarea, în sine, este o constatare, deoarece se poate căuta cu fervoare numai ceea ce știm deja că există.

Mulți oameni au făcut muncă psihologică fără să se deschidă vreodată propriilor nevoi spirituale. Alții au căutat vindecarea numai pe căi spirituale -în căutarea lui Dumnezeu sau a Sinelui universal -, fără a-și da seama

vreodată de importanța găsirii și dezvoltării sinelui personal. Sănătatea se bazează pe trei piloni: corpul, psihicul și legătura spirituală. Să ignori pe oricare dintre ele înseamnă să atragi dezechilibrul și boala. Când vine vorba despre vindecare, dacă privim doar în locurile superficiale, de obicei găsim ce au găsit Nastratin și vecinii săi în lumina străzii: *nimic.* Nastratin Hogea, în rolul său de naiv, nu știa asta. în rolul său de înțelept și de profesor, o știa. Nastratin, naiv și înțelept, există în noi toți.

Note:

211 AJ. Bdurtha et al., ‚A Clinical, Histologic, and Immunologic Study of a Case of Metastatic Malignant Melanoma Undergoing Spontaneous Remission“, *Cancer,* voi. 37, 1976, pp. 735-742.

212 Rogentine et al., citat în *Impact ofPsychoendocrine Systems in Cancer and Immunity,* B. Fox și B. Newberry (ed.), CJ. Hogrefe, New York, 1984, p. 259.

213 *Ibidem,* p. 267.

214 EL Fawzy et al., „Malignant Melanoma: Effects of an Early Structured Psychiatric Intervention, Coping, and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later“, *Archives of General Psychiatry,* voi. 50, 1993, pp. 681-689; citat în Michael Lerner, Choices in Healing, The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 1994, p. 159.

215 F.I. Fawzy et al., ‚A Structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients: Changes over Time in Immunologic Measures“, *Archives of General Psychiatry,* voi. 47, 1990, pp. 729735.

216 *Vezi* capitolul 3. *(N. a.)*

217 O. Sacks, Omul care își confunda soția cu o pălărie, traducere de Dan Rădulescu, Humanitas, București, 2011, p. 103.

218 A.F. Siegman et al., „Antagonistic Behavior, Dominance, Hostility, and Coronary Heart Disease", *Psychosomatic Medicine,* voi.

62, 2000, pp. 248-257.

219 L.R. Ormont, „Aggression and Cancer in Group Treatment" în J.G. Goldberg, *The Psychotherapy of Cancer Patients,* The Free Press, New York, 1981, p. 226.

220 VJ. Felitti et al., „Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", American Journal of Preventative Medicine, voi. 14, nr. 4, 1998, pp. 245-258.

RESURSE

în continuare este prezentată o scurtă listă de resurse pentru persoanele interesate de vindecare sau de prevenirea bolilor. Aceasta se concentrează asupra programelor care se ocupă de înțelegerea și reducerea stresului sau de identificarea și eliberarea din strânsoarea biologiei convingerii. Nu sunt incluse aici multe grupuri de sprijin locale și naționale pentru boli specifice, cum ar fi scleroza multiplă, SLA, artrita, fibromialgia, oboseala cronică, cancerul mamar, ovarian etc.

1. începe călătoria vindecării pentru tine: un răspuns activ la criza cancerului

Un program dezvoltat de dr. Alastair J. Cunningham, el însuși supraviețuitor al cancerului. Este profesor de biofizică medicală și psihiatrie la University of Toronto și este un cercetător de renume mondial în psiho-oncologie. Deține diplome de doctorat în biologia și psihologia celulară și a predat la scară largă în Statele Unite, Canada, Europa, Australia și Noua Zeelandă despre cercetările și descoperirile sale asupra vindecării. *The Healing Journey* se bazează pe activitatea dr. Cunningham cu pacienții cu cancer la Ontario Cancer Institute de mai bine de 20 de ani. Abordarea sa include o explorare a stresului, relaxarea, imageria mintală dirijată, managementul gândului și alte tehnici.

Cercetările efectuate de dr. Cunningham au arătat „o puternică asociere între o supraviețuire mai lungă [...] în legătură cu implicarea pacienților cu cancer în activități de auto-asistență psihică". Deși a lucrat mult cu cancerul, nu am nicio îndoială că tehnicile lui ar ajuta oamenii cu oricare dintre bolile discutate în *Când corpul spune nu.* Programul *The Healing Journey* este disponibil pe plan internațional într-o serie de înregistrări video, audio și o carte. Poate fi achiziționat de la World Health Services Council, al cărui număr de telefon gratuit este 1-866-999-9909.

Website: beginningyourhealingjourney.org.

2. Institutul Canadian al Stresului (CIS)

Fondat în 1979 de dr. Hans Selye, CIS conduce programe educaționale despre stres pentru instituții și companii, asigură speakeri și oferă o evaluare a stresului și consiliere pentru persoanele private. Tele-cursurile sunt și ele disponibile, prin telefon. Directorul CIS este dr. Richard Earle, fost coleg apropiat al dr. Selye la McGill University.

Canadian Institute of Stress, Medcan clinic Office, Suite 1500, 150 York Street, Toronto, Ontario, Canada M5H 3S5. Telefon: (416) 236-4218. Website: stresscanada.org.

3. The Health News NetWork

Un centru de resurse on-line pentru studiul corpului și al minții în domeniul sănătății și bolilor, managementul stresului și prevenirea bolilor. Aici sunt disponibile rezumate ale discuțiilor despre multe dintre problemele vizate în *Când corpul spune nu* și o listă lungă de linkuri pentru anumite boli și afecțiuni. >

Website: healthnewsnet.com.

4. The Landmark Forum

The Landmark Forum este un program disponibil în multe țări, condus de Landmark Education Corporation. Am participat personal la acest program. The Landmark Forum este cel mai puternic program pe care îl cunosc pentru dizolvarea biologiei adânc înrădăcinate a convingerii. Tehnica lor acționează pentru a ajuta oamenii să pătrundă în prezent prin confruntarea trecutului -adică să abandoneze imperativele, percepțiile și motivațiile derivate din interpretările noastre timpurii ale experienței copilăriei. Așa cum se arată în această carte, interpretările fixe, dar inconștiente, stau la baza stresurilor noastre cronice și le declanșează. Evenimentul Landmark inițial este un workshop de trei zile, urmat de un seminar săptămânal de seară. II recomand cu căldură pentru oamenii aflați în orice etapă a vieții, ca experiență esențială educațională și transformațională în reducerea și eliminarea stresului autoimpus despre care am scris în această carte.

Website: landmarkeducation.com.

5. PD Seminars, insula Gabriola, Columbia Britanică

Cu sediul în insula Gabriola, Columbia Britanică, PD Seminars este o organizație dedicată dezvoltării personale și vindecării. A fost fondată de doi medici, Bennett Wong și Jock McKeen, care au simțit nevoia de a-și extinde înțelegerea asupra sănătății dincolo de modelul occidental tradițional. Programele rezidențiale pentru dezvoltare personală și profesională, desfășurate în cadrul PD Seminars variază ca durată de la câteva zile la câteva săptămâni și oferă o gamă largă de abordări - de la meditație, terapii de gândire, muzică, scris și mișcare, la exprimarea furiei, învățarea granițelor, training în energie și respirație. Multe persoane cu boli cronice sau cu stres cronic au beneficiat de unul sau mai multe dintre programele de dezvoltare personală.

Phone: (250) 247-9211 Website: pdseminars.com.

6. Dr. Bruce Lipton

Opera biologului molecular dr. Bruce Lipton a contribuit la reducerea decalajului dintre științele de bază și psihologia dezvoltării. Fost profesor universitar de anatomie la University of Wisconsin School of Medicine, dr. Lipton a arătat felul în care biologia convingerii este înrădăcinată la nivel celular. De asemenea, el dezvoltă tehnici pentru a ajuta oamenii să se elibereze de acea programare psiho-biologică timpurie. Informații privind conferințele sale video sunt disponibile pe website-ul său: brucelipton.com.

MULȚUMIRI J

Datorez o mare recunoștință multor oameni, unii dintre ei foști pacienți, alții recent întâlniți, care și-au împărtășit din inimă poveștile, suferințele și și-au deschis sufletele, astfel încât alții să poată învăța prin lectură ceea ce ei au trebuit să învețe prin experiențe dureroase.

Diane Martin de la Knopf Canada a susținut această lucrare încă de când nu era mai mult decât câteva cuvinte la cină, cu patru ani în urmă. A străbătut un manuscris dureros de lung cu interes și compasiune pentru autor și cititor, ambii beneficiind de îndrumarea ei profesionistă.

De asemenea, îi sunt recunoscător lui Tom Miller de la John Wiley & Sons din New York, care a recunoscut posibilitățile propunerii mele de carte, în care alți editori americani n-au văzut decât „încă o altă carte despre stres“.

Ceara O'Mara Sullivan din Virginia a fost neoficial criticul/redactorul/coautorul cărții mele și prietena mea de la distanță, trimisă din cer. A dat buzna via internet în mod fericit și a acționat cu profesionalism pentru scrierea mult mai ușoară a cărții - dacă nu cumva și a vieții mele. Acest volum nu s-ar afla în fața cititorului în forma sa actuală fără ajutorul ei.

Agentul meu, Denise Bukowski, s-a asigurat că volumul va fi publicat în cel puțin cinci țări și în mai multe limbi și, dincolo de asta, mi-a dat sfaturi editoriale într-o etapă târzie, care au transformat manuscrisul în ceva mult mai apropiat de ceea ce eu intenționasem inițial.

Heather Dundass și Elsa Deluca au oferit asistență tehnică indispensabilă în transcrierea cu fidelitate a peste 200 de ore de interviuri.

Soția și partenera mea de suflet, Rae, a fost un critic riguros și un susținător devotat și perspicace. Mult din ceea ce nu ar trebui să fie în această carte a fost șters datorită curajului ei emoțional, iubirii și înțelepciunii. Multe

lucruri pe care le prețuiesc sunt prezente în viața mea datorită acelorași calități.